الكتاب العربي للعلوم النفسية
اصدارات مكتبية محكمة في علوم النفس
37
2015
نحو مدرسة عربية في علوم النفس

سلسلة الإصدار المكتبي لمؤسسة العلوم النفسية العربية:

الإصدار السابع و الثلاثون



عدد 37- 2015

إصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية

سلوكيـــات

محاضـــرات نفسيـــة

د. وليـــد سرحــــــان

الفهـــــــــرس

مقدمـــــــــة

عزيزتي القارئة عزيزي القارئ

هذا هو الكتاب السادس في سلسلة سلوكيات وقد رأيت أن أجمع فيه بعض من المحاضرات التي ألقيتها وقــد نشر بعضها، فقد ألح علي الكثيرون أن أقوم بهذا حتى يتم توثيق النشاطات المختلفة ، ومعظم ما في هذا الكتـــاب كتب في الأعوام2000 – 2002 .

عدد من المحاضرات كان قد تم نشرها ، وبعض الأوراق قدمت في ورش عمل ، ونشرت ولكن بـــإختلاف مصادرها وجدت أنها قد تفيد من يبحث عنها ، وهي جولة منوعه في عالم النفس .

أهدي هذا الكتاب للأستاذ الدكتور مصطفى السالم مستشار جراحة العظام والمفاصل فـــي مستشـــفى الأردن بعمان والذي يلح علي دائماً في أن أكتب المزيد ويشجعني على ذلك .

كما أهدي هذا الكتاب لكل من يحب معرفة أمور الإنسان في حياته وسعادته ومرضه .

الدكتور وليد سرحان

سلوكيـــات 6 محاضـــرات نفسيـــــــة

1-العـــلاج بالقـــرآن الكريـــم

إن المرض والعلاج لم يكنا وليدي هذا القرن ، بل إنه ممتد منذ خلقت البشرية وإن التطور الذي حدث في القرن الأخير بحيث قفزت العلوم الطبية قفزات كبيرة، لا يعني أبداً إغفال المخزون الثقافي الطبي التراثي في هذا المجال، كما لا يعني أبداً أن الطب تحول إلى عضو ومرض وجهاز للفحص ومادة للعلاج، أما النظرة الحديثة الشمولية الإنسانية للمرض والعلاج هي النظرة المتوازنة التي تأخذ بعين الإعتبار كل المسببات للمرض، كما تأخذ أيضاً كل وسائل العلاج الممكنة، ولا يجوز بأي حال من الأحوال رفض علاج معين لكون أسلوب عمله أو طريقة شفاؤه للمرض غير معروفة، فالكثير من العلاجات الطبية الحديثة والقديمة استعملت أساساً بالتجربة والخطأ. وحتى هذه اللحظة لا يعرف كيف تقوم هذه العلاجات بتلبية حاجة الإنسان وشفاء أمراضه.

> إن التطور الذي حدث في القرن الأخير بحيث قفزت العلوم الطبية قفزات كبيرة، لا يعني أبداً إغفال المخزون الثقافي الطبي التراثي في هذا المجال

من المفيد أن نستعرض في البداية العلاقة الشائعة بين جهاز المناعة والجهاز العصبي والحالة النفسية والروحية للفرد، وأن علم المناعة النفسي العصبي (Psychoneuroimmunology) قد أصبح الآن من العلوم الأساسية في فهم الكثير من أمور الطب والعلاج لم تكن مفهومة سابقاً، فإنه من المعروف بأن القشرة الدماغية هي السلطة العليا في الدماغ والجهاز العصبي، وهي تؤثر على الخلايا و الأنوية والمراكز العصبية في الدماغ وتصل تأثيراتها إلى المهاد وما تحت المهاد، وتحت المهاد (Hypothalamus) من الأجزاء المهمة في الدماغ والتي تحتوي على مراكز التحكم في الطعام والنوم والتحكم في الجهاز العصبي

اللإرادي ، كما أن لها وظيفة مهمة جداُ وهي تنظيم عمل الغدة النخامية وهي الغدة الأساسية الكبرى المهمة في جهاز الغدد الصماء، وليس من الصعب التخيل بأن كل خلية في جسم الإنسان تتأثر في كل ما هو في بيئته ومحيطه وكل ما يصل إلى أحاسيسه وإدراكه كما تتأثر بكل أشكال وتقلبات حالته النفسية، وهذا يعني على سبيل المثال بأن الضغوط النفسية المختلفة التي تصل إلى التفكير والدماغ بإمكانها أن تؤدي إلى إفراز الكورتيزون ومشتقاته من الغدد الفوق كلوية، وهذا بالتالي يؤدي إلى نقص الأجسام المضادة والخلايا اللمفاوية بالعدد والقوة، والأمثلة على ذلك معروفة فمعظم الطلاب تظهر عليهم بثور على الفم والشفتين أثناء فترة الإمتحان، وكثيراً ما يصل الأمر إلى أشكال من الإضطرابات التي تؤثر مرضياً على الطالب في فترة الإمتحان وما أن ينتهي الإمتحان حتى تزول تلك الآثار ويستعيد الطالب عافيته.

أما النظرة الحديثة الشمولية الإنسانية للمرض والعلاج هي النظرة المتوازنة التي تأخذ بعين الإعتبار كل المسببات للمرض، كما تأخذ أيضاً كل وسائل العلاج الممكنة

وجهاز المناعة معروف أنه موزع بين الغدد اللمفاويـــة والطحـــال والغـــدد الزعترية ونخاع العظم، وأن هناك شبكة من الأعصاب تصل هذه المراكز وتعمل على تنظيم عملها، ناهيك عن أن الغدة النخامية قادرة على التـــأثير علـــى الغـــدد الدرقية والجارات الدرقية والمبيض والخصية والغدة الفوق كلويـــة والبنكريـــاس بشكل يؤكد تماماً أن المؤثرات النفسية لها أن تغير وتبدل في كيماويات وعمليات الدفاع والتصدي للمرض أو الرضوخ والخضوع له. وأما الضغوط الخارجية التي تؤثر على الإنسان فمعروف أنها إما تكون مزمنة أو أنها تكون حـــادة، وبالتـــالي تؤدي إلى التغيرات المختلفة في الجهاز العصبي ثم باقي أجهزة الجسم، وهـــذا لا ينفي أبداً الدور المهم للتركيب الوراثي للشخص الذي يجعله يختلف عن غيره من الناس، فإن تجاوب الأفراد مع الضغوط الخارجية مختلف كما أن تجاوب الجسم مع الأمراض المختلفة متباين، فالضغوط النفسية عموماً وعلـــى كافـــة الأفـــراد تضعف من جهاز المناعة وهناك أمراض تسمى نفسجســـدية (Psychosomatic)، وهي أمراض عضوية تتأثر بالحالـــة النفســـية للفـــرد مثـــل الربـــو والســـكري وإضطرابات الجهاز الهضمي وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب و الإلتهابـــات الفيروسية والعديد من الأمراض الجلدية، وهناك الكثير من الدراسات التي تؤكد

ذلك فقد بدأت فكرة الأمراض النفسجسدية بأن هؤلاء الناس الذين يصابون بالأمراض لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم، فتظهر كأمراض إلا أننا الآن نستطيع القول بأن آلية عمل الحالة النفسية على هذه الأمراض أصبحت معروفة، وهناك دراسات على سبيل المثال على قرحة المعدة و الإ ثنى عشر والتي تتضاعف لدى العاملين في المراقبة الجوية، وفي أمراض القلب والجلطات المختلفة فإنه من الثابت الآن دور الضغوط النفسية والجسدية على القلب، والتفاعل المهم مع الطعام، مما يؤثر على تصنيف وتوزيع الدهون في الجسم

وذكر جون كيسر في كتابه عن قوة المناعة قـائلاً: إنـه لتقويـة الـدفاعات المناعية هناك عدة متطلبات:

1. التغذية: يعتبر الغذاء القليل الدهن العالي البروتين والذي به كربوهيدرات معقدة وقليل من الكربوهيدرات البسيطة هو الغذاء الذي يؤثر ويقوي المناعة.
2. بعض المواد الداخلة في التغذية مثل مضادات الأكسدة فيتامين (A-B-E) إضافة إلى بعض الأحماض الأمينية والعسل.
3. الأعشاب: إن هناك العديد من الأعشاب التي تعلمت الشعوب على مـدى القرون الماضية أن لها آثار إيجابية قد ثبت ذلك ومنها البابونج والثوم.
4. الرياضة: إن الرياضة المعتدلة المنتظمة تحسن من أداء الجهاز المنـاعي وتزيد من فعالية الخلايا المناعية القاتلة التي تقوم بالتصدي لأي ميكروب أو خلل في أجهزة الجسم المختلفة.
5. الطب الطبيعي بما في ذلك الوخز بالإبر و المساج قادرة على وقف آثار الضغوط النفسية.
6. الإسترخاء: أن الإسترخاء بصوره وأشكاله المختلفـة بمـا فيـه رخـي العضلات، الصلاة، التعبد وقراءة القرآن، والكتاب المقدس كلها تعمل على تنشيط المناعة وبالتالي المساعدة في الشفاء.
7. الدعم العاطفي: إن الأشخاص الذين لهم صـلات حميمـة وقريبـة مـع المحيطين بهم هم أقدر على تحمل الأمراض والتصدي لهـا وتحسـين قـدرتهم المناعية بعكس أولائك الذين يعانون من الوحدة القاتلة.

كل خلية في جسم الإنسان تتأثر في كل ما هو في بيئته ومحيطه وكل ما يصل إلى أحاسيسه وإدراكه كما تتأثر بكل أشكال وتقلبات حالته النفسية

8. المعنى والهدف من الحياة: لابد للإنسان أن يكون له تفكيره وقدرته على وضع أهداف محددة في الدراسة والعمل وأن يكون له أفقه الروحي ومبادئه وإيمانه التي دائماً ما ترتبط بالصحة وسرعة الشفاء.

من الثابت أن الأشخاص المتفائلين الذين لهم أهداف في الحياة ولديهم الطموح والعلاقات السليمة والذين يعيشون حياة متوازنة، هم أقل عرضة للأمراض بشكل عام من أولائك السلبيين الذين يعيشون حياة بلا هدف ولا حماس. ومن الدراسات الحديثة على سبيل المثال الدراسة التي أجريت على هشاشة العظام عند النساء والتي تبين فيها أن النساء السلبيات ذوي المعنويات الهابطة أكثر عرضه لهشاشة العظام، من النساء النشيطات الإيجابيات المتفائلات كما أنه من الثابت بأن الناس ذوي السلبية العالية يتأثر جهازهم المناعي، وبالتالي يؤثر على الدماغ نفسه مما يكون له آثار كبيرة على وضع الدماغ في المستقبل.

كتب العديد من الباحثين عن الإيمان بأنه يجعل الشخص يرى الكون ليس بشيء ميت أو آلة تعمل بإنتظام، بل يمكن رؤيته على أنه كون فيه إحتكاك وتجارب وتعامل مع الإنسان وله بعده النفسي والروحي كما أن تنظيم وتعقيد الكون يجب تذكره بأنه أعظم وأضخم بكثير من جسم الإنسان وحتى دماغه، وأننا مهما بلغنا من العلم لا نعرف إلا النذر اليسير عنه.

عادة بحيث أن الطبيب المعالج لا يعرف إذا ما كان المريض يتناول العلاج الحقيقي أم المموه، وقد يستغرب البعض أنه في كثير من هذه الدراسات فإن النسبة التي يتحسن بها أولائك الذين يأخذون الدواء المموه، ليست قليلة وقد تصل 30-40%، بينما يصل الدواء الحقيقي الفعال إلى 70% على سبيل المثال. وبالتالي فإن فعالية العلاج ليس فقط في مادته الكيماوية التي وصلت إلى الجسم بل لقناعة المريض بأنه قد تناول مادة فعالة سوف يتحسن على أثرها، فإذا ما كان شخص يعاني من الأرق وقمت بإعطائه قرص على أنه منوم فالإحتمال يزيد عن 40% أن ينام هذا الشخص، ولا يعني ذلك بأي حال من الأحوال بأنه ساذج أو مغفل بل إن الأثر النفسي لقناعة الشخص بأن هذا قرص منوم قد أخذه من طبيب أو صديق ثقة، فإن هذه القناعة تجعل الفرد قادر على إستغلال هذه القناعة

إن تجاوب الأفراد مع الضغوط الخارجية مختلف كما أن تجاوب الجسم مع الأمراض المختلفة متباين، فالضغوط النفسية عموماً وعلى كافة الأفراد تضعف من جهاز المناعة وهناك أمراض تسمى نفسجسدية (Psychosomatic)

وتحويلها في الدماغ إلى تغيرات كيماوية قادرة على أداء الوظيفـــة، وذلـــك بإفراز بعض المواد الكيماوية والناقلات العصبية التي تساعد الإنسان على النوم، ولا تقتصر هذه التجارب على المنوم والمسكن فقد استعملت بنجـــاح فـــي كـــل الأمراض وكل الأدوية مثل المضادات الحيوية وأدوية معالجة الروماتزم وغيرها، مما يعني أن قناعة الشخص بعلاج معين لها أثرها العلاجي وأثرها في المقاومـــة والمناعة وعبر الجهاز العصبي والغدد الصماء وجهاز المناعة.

إذا كان الإنسان يستطيع بقدرة الله عز وجل أن يحول هذه القناعة إلى شـــبكة من التغيرات الكيماوية الإيجابية، كونه يثق أو يؤمن بشخص ما فما بالك بالإنسان الذي يؤمن بربه ويخلص لدينه ويقتنع تمام القناعة بكـــل مـــا جـــاء بكتـــاب الله ورسوله، فليس من المستغرب أن يكون بالقرآن الكريم والحديث الشريف أهميـــة كبرى في معالجة وشفاء البشر. وقد جاء قول ابن القيم رحمه الله في كتابـــه (زاد المعاد إلى هدى خير العباد) وليس طبه صلى الله عليه وسلم كطب الأطباء، فـــإن طب النبي صلى الله عليه وسلم متيقن قطعي إلهي، صادر عن الـــوحي ومشـــكاة النبوة وكمال العقل، وطب غيره أكثر حدسي وظنون وتجارب، ولا ينكـــر عـــدم انتفاع كثير من المرضى بطب النبوة، فإنه إنما ينتفع به من تلقاه بالقبول واعتقـــاد الشفاء به، وكمال التلقي له بالإيمان والإذعان، فهذا القرآن الذي هو شفاء لما في الصدور، إن لم يتلق هذا التلقي لم يحصل به شفاء الصدور من أدوائه، بل لا يزيد المنافقين إلا رجساً إلى رجسهم ومرضاً إلى مرضهم.

وهذا التوضيح من ابن القيم فيه خط واضح يعني أن القرآن وتأثيره على من هو مؤمن ومذعن له وليس على من كفر وتصدى له، ولذلك فإن قراءة القرآن على غير المؤمنين وغير المسلمين لن يكون له فائدته وهذا الأمر تدعمه الدراسات الحديثة بما يسمى العلاج بالإيمان (Faith healing) في معظم شعوب الأرض، وفي مختلف الأديان والحضارات والفلسفات، فإن إرتباط الإنسان بشيء من الإيمان والتعامل معه في مرض له تأثير إيجابي على العلاج، فما بالك بالقرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة؟ التي تعتبر أكثر الأديان شمولاً وتفصيلاً ووضوحاً بحيث أنها لا تتعامل فقط مع عبادات بل أنها تتعدى ذلك إلى فلسفة

يعتبر الغذاء القليل الدهن العالي البروتين والذي به كربوهيدرات معقدة وقليل من الكربوهيدرات البسيطة هو الغذاء الذي يؤثر ويقوي المناعة.

الحياة وفلسفة الخلق والوجود، وتعطي أدوات علاجيه محددة ولا بد أيضاً التأكيد على أن الموروث عن الرسول والقرآن الكريم، لا يدل إطلاقاً على أن قيمة هذه المعالجة هي في يد شخص معين بل هي في يد المؤمن، فالمؤمن هو الذي يقرأ القرآن الكريم والحديث الشريف ويدعو الأدعية المختلفة ويتجه لربه بقلب ونية صافية وخالصة ليعينه على تحمل معاناته، ولا يكون ذلك بكتابة آية من القرآن الكريم على ورقة ووضع الورقة في الماء وشربها، فليست مادة الحبر التي كتب بها وما على الورقة من شوائب هي المداوية، بل هو المعنى والتأمل والتعمق الذي يحرك القشرة الدماغية ثم باقي مراكز الدماغ وأجهزة الغدد فيدخل تأثيره إلى كل خلية من خلايا الجسم.

إن الرياضة المعتدلة المنتظمة تحسن من أداء الجهاز المناعي وتزيد من فعالية الخلايا المناعية القاتلة التي تقوم بالتصدي لأي ميكروب أو خلل في أجهزة الجسم المختلفة

قال الله تعالى: " وننزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين ولا يزيد الظالمين إلا خسارا".

كما قال تعالى" يأيها الناس قد جاءتكم موعظة من ربكم وشفاء لما في الصدور وهدى ورحمة للمؤمنين".

كما قال تعالى "قل هو للذين آمنوا هدى وشفاء"

وقد قال عليه الصلاة والسلام: "خير الدواء القرآن"

وكان النبي عليه السلام إذا اشتكى يقرأ بالمعوذات وينفث، فلما اشتد وجعه كانت عائشة رضي الله عنها تقرأ عليه وتمسح بيمينه رجاء بركتها.

وكان يقرأ عليه السلام على المريض "بسم الله أرقيك والله يشفيك من كل داء يأتيك من شر النفاثات في العقد ومن شر حاسد إذا حسد"

ومن الكتاب الكريم هناك ثلاثة سور يحفظهم الناس وهم من السور الكريمة التي حددت بقدرتها العلاجية (سورة الفاتحة، سورة الصمد، سورة الفلق، سورة الناس).

كما أن الرسول عليه السلام قد نصحنا بأهمية وضع اليد على مكان الألم من الجسد والقول على النحو التالي (بسم الله ثلاث مرات، ثم قول أعوذ بالله وقدرته من شر ما أجد وأحاذر سبع مرات، أسأل الله العظيم رب العرش العظيم أن يشفيني سبع مرات، امسح البأس رب الناس بيدك الشفاء لا كاشف له إلا أنت

وامسح بيدك اليمنى وقل: اللهم رب الناس أذهب البأس واشف أنت الشافي لا شفاء إلا شفاؤك شفاء لا يغادر سقماً أعوذ بكلمات الله التامات من شر ما خلق أعوذ بكلمات الله التامات التي لا يجاوزهن بر ولا فاجر من شر ما خلق، و اذرأ وابرأ، ومن شر ما ينزل من السماء، ومن شر ما يعرج فيها، ومن شر ما ذرأ في الأرض، ومن شر ما يخرج منها، ومن شر فتن الليل والنهار، ومن شر كل طارق إلا طارق بخير يا رحمان أعوذ بكلمات الله التامات من غضبه وعقابه وشر عباده ومن همزات الشياطين وأن يحضرون، اللهم رب السماوات السبع ورب العرش العظيم، ربنا ورب كل شيء، خالق الحب والنوى، ومنزل التوراة والإنجيل والقرآن، أعوذ بك من شر كل شيء أنت آخذ بناصيته، أنت الأول فليس قبلك شيء، وأنت الآخر فليس بعدك شيء، وأنت الظاهر فليس فوقك شيء، وأنت الباطن فليس دونك شيء)

ومن الأمثلة الأخرى على التعامل مع الهم والحزن: (اللهم إني عبـــدك ابـــن أمتك ناصيتي بيدك، ماض في حكمك، عدل في قضاؤك أسألك بكل اسم هو لـــك سميت به نفسك أو أنزلته في كتابك أو علمته أحداً من خلقك أو استأثرت به فـــي علم الغيب عندك أن تجعل القرآن ربيع قلبي، ونور صدري وجلاء حزني وذهاب همي) إلا أذهب الله حزنه وهمه وأبدله مكانه فرحاً.

اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن اللهم إني أعوذ بك من الهم والحـــزن والعجز والكسل والبخل والجبن، وغلبة الدين وقهر الرجال.

وفي أحاديث الرسول عليه الصلاة والسلام تناول فيه الطب الوقائي فقد أمـــر عليه السلام باستعمال الماء في الوضوء أو الغسل عند كل إرادة صـــلاة، وفـــي مواطن عديدة، كما أمر بتقليم الأظافر ونتف الإبط والعانة، وغسل اليـــدين عنـــد القيام من النوم وعند الطعام، وأمر بإستعمال السواك دائماً لتنظيف الفـــم، وأمـــر بتعهد الشعر بالقص والتسريح وأمر بنظافة السبيلين بعد كل تبول أو تغوط.

وفي مجال الطب العلاجي لقد قال عليه السلام (تداووا عباد الله فـــإن الله لـــم يضع داءاً إلا وضع معه شفاءاً إلا الهرم) وفي قول آخر إلا السأم (وهو الموت)، كما قال عليه السلام (إن الله لم يجعل شفاءكم فيما حرم عليكم).

أن الإسترخاء بصوره وأشكاله المختلفة بما فيه رخي العضلات، الصلاة، التعبد وقراءة القرآن، والكتاب المقدس كلها تعمل على تنشيط المناعة وبالتالي المساعدة في الشفاء

ولا ننسى قول الله تعالى في سورة النحل "يخرج من بطونها شراب مختلف ألوانه فيه شفاء للناس"

وروي عن خالد بن الوليد رضي الله عنه أنه شكى إلى النبي صلى الله عليه وسلم فقال: يا رسول الله ما أنام الليل من الأرق، فقال الرسول (إذا أويت إلى فراشك فقل: اللهم رب السموات السبع وما أظلت، ورب الأرض وما أقلت، ورب الشياطين وما أضلت، كن لي جارك وجل ثناؤك ولا إله غيرك ولا إله إلا أنت) وهذه أمثلة بسيطة على ما يزخر به الطب النبوي وقراءة كتاب الله في معالجة البشر.

يتضح مما سبق أن الجهاز الدفاعي لجسم الإنسان ودماغه وروحه وجهاز مناعته وغدده وتفكيره وإيمانه وفلسفته في الحياة، ترتبط إرتباطاً وثيقاً متشابكاً أثبته العلم الحديث بما لا يقبل مجال للشك ومن المستغرب أن يتساءل البعض عن التداوي بالقرآن الكريم وإمكانية تأثيره بالشفاء، فإذا كان كتاب الله يستطيع التوغل من خلال الإيمان بالنفس والدماغ والجهاز المناعي فهو بتأكيد له أثر علاجي لا يمكن التقليل من أهميته، وفي الدراسات العديدة التي أجريت في العالم والمشاهدات اليومية السريرية. فإن المريض حتى بأشد أنواع الأمراض، والذي وصل للمراحل النهائية من السرطان مثلاً، إذا كان مؤمناً مطمئن البال قادر على التعبد والتوجه لربه فإن معاناته تكون أقل بكثير من المريض الذي يفتقد مثل هذه الأمور ويصارع المرض بغضب وعنف ومشاكل، وحتى لو أن مدة الحياة لكل منهما كانت متساوية فإن هذه الفترة تكون أقل ألماً ومعاناة عند المؤمن الذي يأخذ بكتاب الله وسنة رسوله من غير المؤمن، وعند مشاهدة الورم الخبيث تحت المجهر فإنك ترى الخلايا المختلفة من جهاز المناعة وهي تحاصر الورم وكأنها في معركة يدفع إليها ذاك الحديث وتلك الآية ، مروراً بجسر الإيمان إلى نفس الإنسان وجسده ، كما أن الدور الوقائي للقرآن الكريم ثابت في أن المؤمن المتوازن الذي يتعبد ويأخذ بفلسفة الدين هو أقل قلقاً واضطراباً وتأثراً بالضغوط النفسية وبالتالي أكثر نيلاً للصحة والهناء في حياته، فإذا كانت اليوغا من تصميم البشر والموسيقى والتأمل والرياضة أو التدليك ونوعية الطعام تعمل على تحسين الصحة لشفاء الأمراض ، فالأولى من ذلك كله الإيمان والصلة بين المؤمن وربه وكتاب الله.

أن النساء السلبيات ذوي المعنويات الهابطة أكثر عرضه لهشاشة العظام، من النساء النشيطات الإيجابيات المتفائلات

وفي رد على سؤال للشيخ القرضاوي في مجلة الخليج العام الماضي عن بدعة العلاج بالقرآن قال: هذه بدعة ابتدعها أناس في عصرنا، ولم نعرف في العصور الإسلامية الزاهرة أناساً فتحوا عيادات ليعالجوا الناس بالقرآن، بل حدث العكس إذ عرفت عصور الإزدهار الإسلامي، الأطباء الكبار، وعرفت الكتب الطبية التي مثلت مراجع للعالم، عرفت (القانون) لابن سينا و (الحاوي) للرازي، و (الكليات) لا بن رشد ، (التعريف لم عجز عن التأليف) للزهراوي، وعرفت أطباءاً كباراً كان بعضهم علماء دين في الوقت ذاته، فصاحب (الكليات) ابن رشد، كان طبيباً، وهو نفس صاحب كتاب (بداية المجتهد ونهاية المقتصد)، والفخر الرازي هو صاحب (تفسير الرازي) و (المحصول في علم الأصول)، وغيرهما. وقال الذين ترجموا له تاريخه أن شهرته في الطب لم تكن تقل عن شهرته في علوم الدين. وابن النفيس مكتشف الدورة الدموية الصغرى فقيه من فقهاء الشافعية، ترجم له تاج الدين السبكي في كتابه الشهير (طبقات شافعية).وعلينا أن ننظر إلى الطب من هذه الناحية. وقد قال النبي عليه الصلاة والسلام: (ما أنزل الله من داء إلا أنزل له شفاء، علمه من علمه، وجهله من جهله). وقال عليه الصلاة والسلام: (لكل داء دواء. فإذا أصيب دواء الداء بريء بإذن الله). وهذا يعطي الأمل للمريض أنه ليس هناك داء عضال، ويعطي الأمل للطبيب فيبحث عن الدواء للداء. ونحن كمسلمين، لا نقول أن السرطان مثلاً لا دواء له، فهو له دواء ولكن لم نصل إليه بعد، وكذلك الإيدز له دواء، ولكن لم نصل إليه بعد.

الناس ذوي السلبية العالية يتأثر جهازهم المناعي، وبالتالي يؤثر على الدماغ نفسه مما يكون له آثار كبيرة على وضع الدماغ في المستقبل.

ويضيف الدكتور القرضاوي:

كيف نأتي اليوم ونرى أناسا يفتحون عيادات للعلاج بالقرآن؟ القرآن شرع الأدوية الروحية وهي التعاويذ والرقى. فالإنسان يرقي نفسه أو يرقيه غيره، والرقى أن يرقى الإنسان نفسه فيقرأ الفاتحة وآية الكرسي وسورة الإخلاص مثلاً، أو يرقيه أحد أهل بيته ولا يشترط أن يكون شيخاً أو مطوعاً. ولذلك استعمل النبي صلى الله عليه وسلم الطب وكان يحث بعض الناس على أن يتداووا عند الطبيب الثقة المعروف في ذلك الوقت الحارث بن كلده ، ولم يكن قد أسلم بعد، وهذا يعني جواز العلاج عند طبيب غير مسلم إذا كان طبيباً مأموناً وثقة واشتهر بالطب أكثر

من غيره. وقد جاء طبيبان ليفحصا بعض المسلمين فسألهما الرسول صلى الله عليه وسلم (أيكما أطبب؟) أي أيكما أمهر وأحذق؟ فقيل: هذا. فقال صلى اله عليه وسلم: (يعالج هذا). ويعني بذلك المفاضلة بين الأطباء واختيـــار الأرجـــح علمـــاً والأكثر حذقاً.

أما أن يدعي أحدهم أنه يعالج بالقرآن الكريم ويمسك واحداً فيضربه حتى يخرج منه الجن والشيطان، فهذا ما أنزل الله به من سلطان، ولم نر أحداً من الصحابة الأجلاء مثل ابن عباس أو ابن مسعود فتح عيادات لذلك. فابن عباس كان اسمه ترجمان القرآن، ولكننا ما عرفنا أن أحداً جاء له وقال: يا ابن عم رسول الله عالجني بالقرآن. ولو حدث ذلك، لقال له: (أعيذك بكلمات الله التامة من كل شيطان وهامة ومن كل عين لأمة) أو قرأ عليه سورة الفلق أو الناس.

إن فعالية العلاج ليس فقط في مادته الكيماوية التي وصلت إلى الجسم بل لقناعة المريض بأنه قد تناول مادة فعالة سوف يتحسن على أثرها

2-الذكـــــــــــــــاء

إن مفهوم الذكاء يستعمله الناس للدلالة على قدرات الأفراد، ولكن المفهوم قد لا يكون متطابق بين أصحاب الإختصاص والناس غير المختصين، حتـــى أنـــه ضمن إختصاصات العلوم النفسية قد تجد أكثر من مفهوم ، أو تعريف، أو قياس، أو توضيح للذكاء. فإن الذكاء ليس بالشيء الذي يمكن لمسه، بل هـــو مفهـــوم ذا معنى يستند إلى زمرة من الحقائق العلمية المدروسة. وموقع الذكاء بالتأكيد فـــي دماغ الإنسان، ومع أن الإنسان من أكثر المخلوقات البشرية ذكاءاً، إلاّ أن هنـــاك درجات بسيطة من الذكاء ومتفاوتة في المملكة الحيوانية.

الذكاء كمصطلح يعني القدرة على توليف المصادر المتوفرة للمعلومات فـــي البيئة المحيطة و إستخدامها بحدودها القصوى، كما أنه القدرة على الربط المنطقي بين الأشياء بعموميتها وخصوصيتها، والقدرة على الإستفادة من الخبرة والتفكيـــر المنطقي والتجريدي، والقدرة على التكيف والتأقلم مع العالم بمتغيراته المختلفـــة، وعدم اليقين الذي يصاحب ذلك، كما أنـــه يضـــم بمفهومـــه الدافعيـــة للإنجـــاز والتحصيل.

هذا هو الذكاء العام بشكله الواسع، ولكن الذكاء العام يشمل أجــزاء مختلفــة مثل: الذكاء اللغوي، والذكاء الحركي، والذكاء الحســابي، والموهبــة، والــذكاء الإجتماعي، والذكاء الفني الإبداعي بأشكاله المختلفة.

على مدى عقود من الزمن كان هناك جدل بين العلماء، فيما إذا كان الــذكاء يورث أو أنه ينتج عن التربية والتعليم والبيئة، إلا أن هــذا الجــدل قــد حســم بالدراسات العلمية الجادة، والتي تعتبر أن الوراثة والبيئة معاً تشتركان في صـــنع الذكاء، وكأن الوراثة تعطي الوعاء ذو سعة محددة، وأمـــا الخبـــرات الحياتيـــة والتربوية والتجارب فإما أن تملأ هذا الوعاء كاملاً أو منقوصاً تبعاً للظروف التي يعيشها الفرد.

يقاس الذكاء بواسطة إختبارات مختلفة، هي بالعادة مجموعة من الفقرات التي تختبر قدرات عقلية مختلفة، يعتبر أن لها دوراً في تحديد القدرة العقلية في النهاية، وغالباً ما يتم ترتيب فقرات إختبار الذكاء ترتيباً تصاعدياً من البسيط إلى الأصعب لمعرفة الدرجة التي يمكن للفرد أن يصلها.

وكان أول مقياس فعلي للذكاء هو الذي أعده "بنيه" في باريس، لغرض فحص أطفال المدارس واعتمد على مفهوم العمر العقلي، إذ إحتسب عمر الطفل العقلي بمستوى صعوبة المسائل العقلية التي إستطاع حلها، وعليه فقد حدد نسبة الذكاء

$$(IQ) = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} * 100$$

وبعد ذلك تم وضع إختبارات الذكاء الأكثر شمولية ودقة، والتي يمكنها تحديد الذكاء العام بالإضافة إلى جزئيات هذا الــذكاء، ومــن أهــم هــذه الإختبــارات المستخدمة بشكل واسع عملياً هو"إختبار وكسلر" لقياس الــذكاء لــدى الأطفــال والبالغين، كما تشيع في بعض الدول إختبارات الذكاء الجمعية والتي لا يقوم بهــا المختص بالقياس، بل تعطى لمجموعة من الأفراد مثل الإمتحانات العادية يطلــب من الفرد الإجابة عليها من تلقاء نفسه، وقد يكون لهذه الإختبارات مجال في بعض المؤسسات التعليمية أو العسكرية أو الجامعات، وغيرها من المواقــع والمواقــف التي يتطلب فيها فرز الأفراد حسب قدراتهم العقلية، إن توزيع الذكاء في المجتمع

إن الأثر النفسي لقناعة الشخص بأن هذا قرص منوم قد أخذه من طبيب أو صديق ثقة، فإن هذه القناعة تجعل الفرد قادر على إستغلال هذه القناعة وتحويلها في الدماغ إلى تغيرات كيماوية قادرة على أداء الوظيفة، وذلك بإفراز بعض المواد الكيماوية والناقلات العصبية التي تساعد الإنسان على النوم

يخضع لمنحنى التوزيع الطبيعي إحصائياً، وهو المنحنى الذي تتوزع عليه كل الصفات البشرية، ويكون أغلب الناس بمستوى الذكاء العادي والمعـروف بـين (90-110)، وقد تقل نسبة الأفراد كلما اتجهت إلى طرفي المنحنى، سواء التفوق الكبير أو التخلف العقلي.

ويمكن وصف درجات الذكاء على النحو التالي:-

- 140 فما فوق عبقري.
- 130-140 متفوق جداً (قريب من العبقري).
- 120-130 متفوق جداً.
- 110-120 متفوق.
- 90-110 عادي.
- 80-90 عادي (قليل الذكاء).
- 70-80 على الحد بين الطبيعي والإعاقة.
- 50-70 إعاقة عقلية بسيطة.
- 35-50 إعاقة متوسطة.
- 20-35 إعاقة شديدة.
- أقل من 20 إعاقة شديدة جداً.

إن مقاييس الذكاء المختلفة لا يفترض بها أن تقـيس المعلومـات المكتسبة والثقافة ودرجة التعليم، بل إنها تقيس القدرة الكامنة لدى الشخص على القيام بمثل هذه المهام، ولا يمكن النظر للأفراد وتصنيفهم حسـب درجـة ذكـائهم بغض النظر عن الظروف الأخرى والتي تشمل الشخصية، وظروف الحياة، وفرص التحفيز المتاحة، ووسائل التربية المتبعة، وما يطرأ على الفرد مـن أحداث وإشكالات عائلية وشخصية وإجتماعية، فقد تجد من هو ذكي جـداً أو يصل إلى درجة العبقرية إلا أن شخصيته الخجولة المنطوية المتعثرة قد تجعل من هذا الذكاء وهذه القدرة هباءاً لا يستفيد منه الفرد ولا المجتمع، وقد يكون هناك من هو أقل ذكاءاً إلا أنه يتمتع بشخصية متوازنة، مما يسمح له بتحقيق النجاح في مختلف مجالات الحياة، وبصورة أكثر تفوقاً وقد يبـدو للإنسـان العادي أن هذا الشخص أكثر ذكاءاً من العبقري.

إذا كان الإنسان يستطيع بقدرة الله عز وجل أن يحول هذه القناعة إلى شبكة من التغيرات الكيماوية الإيجابية، كونه يثق أو يؤمن بشخص ما فما بالك بالإنسان الذي يؤمن بربه ويخلص لدينه ويقتنع تمام القناعة بكل ما جاء بكتاب الله ورسوله

ومن حيث القيام بإختبارات الذكاء فإنه من غير المستحب عملها بشكل عشوائي بدون مبرر، لأنها كثيراً ما أدت إلى أحكام مسبقة وتوقعات معينة من الفرد قد لا تكون منطقية وواقعية، وبالتالي فإن إجراء إختبار الذكاء لا بد وأن يكون لهدف محدد ولتوضيح مشكلة معينة، أو إختيار الفرد لدراسة أو وظيفة معينة، أو لتشخيص لحالات الإعاقة المختلفة، ومما لا شك به أن المتطرفين من الناس سواءاً الأذكياءاً والعباقرة أو المعاقين عقلياً قد يحتاجون لعناية خاصة أثناء تربيتهم وتدريسهم وفي مراحل العمر المختلفة.

هذا القرآن الذي هو شفاء لما في الصدور، إن لم يتلق هذا التلقي لم يحصل به شفاء الصدور من أدوائه، بل لا يزيد المنافقين إلا رجساً إلى رجسهم ومرضاً إلى مرضهم

3-من هو المبدع

يكثر الحديث عن المبدع والمبدعين والإبداع ، وتفهم أحياناً على أنها من أنجز عملاً فنياً أو قصيدة شعرية أو رواية، ويتم الخلط بينهما وبين المجتهد والذكي والعبقري و الموهوب، وسأخصص الحديث بتعريف الأشخاص المدعين مستعرضاً 32 صفة بإمكان كل فرد أن يجد مدى إنطباق كل صفة عليه، وليس بالضرورة أن يكون الإنسان لديه كافة الصفات وبنفس القوة أو ليس لديه أياً منها، وهنا يأتي دور أهمية معرفة هذه الصفات حتى يتمكن الإنسان الذي لديه بعض صفات الإبداع من تطويرها، وهذه الصفات على النحو التالي:

1. **الحساسية:** وهذه الحساسية تقود صاحبها إلى الإنتباه للمشاكل المعروفة وغير المعروفة، وتساعده على تلمس أمور الحياة المختلفة بسرعة، وتجعله مهتماً بالآخرين وملزماً نفسه بالقضايا والتحديات.
2. **لا يكون دافعه المال:** رغماً أن المال في المجتمع والإقتصاد هو قوة محركة ودافعة للناس جميعاً بما فيها المبدعين، إلا أن المبدعين وبإحساسهم الفطري يقدرون بالإحساس المال اللازم لحاجاتهم، وعندما يتحقق ذلك لا يعود الدافع وراء نشاطهم في الحياة هو المال.
3. **الشعور بوجود الهدف:** بالفطرة و البداهة يكون المبدعون قد حددوا هدفاً في الحياة، ويعلمون أن بإستطاعتهم إختبار هدف أو خلق هدف لتحفيزهم ليصلون إلى درجات عالية من المهارة والقدرة والموهبة.
4. **سرعة التكيف:** لا يمكن للمبدع إلا أن يكون متكيفاً وبسرعة مع كل الظروف والأجواء، وبإمكانه أن يجبر نفسه على هذا التكيف، خصوصاً إذا كان هذا التكيف ضروري لتحقيق الطموح.

1. **حب الغمـــوض:** إن المبـــدعين يتحملـــون تواجـــد فكـــرتين أو أكثـــر ويستوعبون إمكانية وجود الحقيقة النسبية مع أية فكرة، وإنهم يعشقون الغمـــوض والتحدي مع الناس والأفكار، والغموض يساعدهم على رؤية الأشياء من جوانـــب مختلفة طول الوقت.
2. **دقيقي الملاحظة:** المبدعون عادةً يستعملون كل حواســـهم و إنتبـــاههم ومقدراتهم لملاحظة ومراقبة ما يحدث حولهم.
3. **نظرة المبدع إلى العالم مختلفة عن نظرة معظم النـــاس:** يلاحـــظ أن المبدع يقرع الطبول والأبواب والأفكار التي لا يقرؤها غيره، وينتعش وقت تعدد وسائل إدراك الأشياء ورؤيتها وسماعها ولمسها وشمها وتذوقها، مما يفتح تفكيـــر المبدع نحو إحتمالات لا نهائية.
4. **رؤية الإحتمالات:** إن الشخص العادي البعيد عن الإبداع يخشى ويقاوم الإبداع والمبدعين والتفكير الإبداعي، ويفضل أن يعمل ضمن حـــدود واضـــحة ومسؤوليات دقيقة، بينما المبدعون يعشقون أن يروا إحتمالات كثيرة ولا نهاية لأي موقف أو تحد أو مشكلة.
5. **متسائلون:** المبدعون وخصوصاً من إرتقى منهم على ســـلم الإبـــداع يخرج من رحم أمه وهو يطرح الأسئلة، وطبيعتهم أن يســـألوا، والســـؤال لـــيس لهدف النقد أو الإحراج ، وقد يتساءلون عن ماهية الأشياء وما وراءها،ممـــا قـــد يفهم على أنه نقد لها، ولكنهم في الحقيقة لا يقصدون ذلك بل يسألون ويستكشفون ويختبرون الأشياء ويلعبون بها كما يمكـــن أن تكـــون فقـــط لغايـــة المعرفـــة و الإستكشاف وما هي أهم الفضائل في عقلية المبدع.
6. **القدرة الفطرية على الربط والتركيب الدقيق:** ويعني ذلك القدرة على رؤية الصورة الإجمالية الكاملة للأشياء والأنماط الموجودة فيها، و إلتقاط الحلول ولو مـــن أجزاء بسيطة من تلك الصورة، حتى لو أن أساسياتها كانت مفقـــودة، وهـــم يثقـــون بقدرتهم "الفطرية" و بداهتهم حتى لو لم تكن صحيحة 100% طوال الوقت.
7. **القدرة على الخيال:** يلاحظ المبدع حتى في طفولته من قبل المدرسين والآباء بأنهم كثيري السرحان والشرود، ويعشق المبدعون التجول في عالم من الخيال، وقد يلفت نظر الطفل المبدع فيلم الكرتون الميال نحو الخيال أكثر من الواقع الثابت.

إن إرتباط الإنسان بشيء من الإيمان والتعامل معه في مرض له تأثير إيجابي على العلاج، فما بالك بالقرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة؟ التي تعتبر أكثر الأديان شمولاً وتفصيلاً ووضوحاً

4- المشاكـــــــــل الزوجيـــــــة

من الأمور التي تشكل حياة البشر، وتساهم في الكثير من الصـــعوبات فـــي الحياة، هي المشاكل اليومية بشكل عام والمشاكل الإجتماعية والأسرية والزوجية بشكل خاص ، ولا شك أن للمشاكل الزوجية إرتباط متبادل مع المشاكل النفسية ، فقد تكون المشاكل الزوجية هي السبب في الإضطرابات النفســية أو أنهــا تنـــتج عنها،وفي بعض الأحيان تختلط الأمور بحيث لا يمكن التفريـــق بـــين المشـــكلة النفسية والمشكلة الزوجية ، كما أن المشاكل الزوجية يمكن أن تكون سبباً لمعاناة الأطفال ومشاكلهم العاطفية والسلوكية والدراسية في مختلف مراحل أعمارهم.

يجتهد الناس في إختيار شريكة أو شريك الحيـــاة، ويعتمـــد الأفـــراد علـــى مخزونهم الثقافي ومعلوماتهم العامة ومشاهداتهم اليومية ، وأحياناً ثقتهم الزائدة في إختيارهم ، ومع كل ذلك فإن الإختيار قد يكون فيه بعض الصعوبة وخصوصـــاً التوافق بين الطرفين ، فمن المفترض أن الفروق البسيطة في العمر لا تؤثر على العلاقة الزوجية أما إذا كان الفرق كبير مثل زواج فتاة في العشرين من رجل في الستين، فإن مشاكل كثيرة قد تنتج عن ذلك ، وفي أحيان نادرة و بـــرغم فـــارق السن إلا أن نظرة كلا الطرفين لهذا الأمر تكون إيجابية بحيث أن هذا الفـــارق لا يؤثر سلباً على الحياة الزوجية ، أما الثقافة والتعليم فمـــن المفتـــرض أن فـــروق التعليم لا تكون كبيرة مثل زواج الأمية من حامل الدكتوراه ، والفروق العادية لا يجوز أن تكون سبباً للخلاف إلا إذا كان هناك تركيز عليها، ومن المفروض بـــأن الأشخاص الذين يعتبروا موضوع الثقافة والتعليم والدرجـــة العلميـــة مهمـــة أن يراعوا ذلك في إختيار الزوج أو الزوجة ، وبالنســـبة للتفـــاوت بـــين المســـتوى الإجتماعي والخلفية الثقافية لكل أسرة أو عشيرة لا بد أن تؤخذ بعين الإعتبـــار، خصوصاً أن الزواج في مجتمعنا العربي لا يعني زوجين منفصـــلين بـــل يعنـــي علاقة طويلة متشابكة بين عائلتين أو عشيرتين ، فعلى سبيل المثال فإن التفـــاوت في درجة الحرية والتحرر التي تمارسها الأسرة في مجتمعنا الأردني كبيره مـــن أسرة لأخرى، وبالتالي فإن فتاة من أسرة محافظة جداً وشاب من أسرة متحـــررة جداً يصعب بينهما التفاهم، ويتحدث الكثير عن الإنسجام في الشخصية والطباع ،

قال الله تعالى: " وننزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين ولا يزيد الظالمين إلا خسارا".

كما قال تعالى" يأيها الناس قد جاءتكم موعظة من ربكم وشفاء لما في الصدور وهدى ورحمة للمؤمنين".

كما قال تعالى "قل هو للذين آمنوا هدى وشفاء"

وقد قال عليه الصلاة والسلام: "خير الدواء القرآن"

ولا شك أن التفاوت في شخصيات البشر لا حدود له ،وليس مـن المفتـرض أن تتطابق شخصية الزوج مع شخصية الزوجة كما يعتقد البعض ، ولكن المطلـوب الإنسجام بين هاتين الشخصيتين بما في ذلك الإتفاق حول نقاط الخلاف، وقـد لا يكون هناك داعي لتغيير نقاط الخلاف إذا لم تكن جوهرية وتمس أساس العلاقـة الزوجية .

يتحدث الناس عن الحب في الإختيار ومشاعر الحب من المشاعر التي يصعب تعريفها، ويفهمها كل إنسان بطريقة تختلف عن الآخرين ، ولو بحثت في المعاجم لوجدت أن الحب يعرّف على أنه شعور لدى الشخص يصفه بأنه حب ، وبالتالي فإن هذه المشاعر شخصية ويعرفها صاحبها وتبدأ هذه المشاعر بالإرتياح لشخص معين ثم الإنجذاب له ، ولا بد من إعطاء هذه المشاعر دور عند الإختيار ، ولكن من الصعب القول أن المشاعر وحدها كافية لتلغي البنود الأخرى .

قال: يا رسول الله ما أنام الليل من الأرق، فقال الرسول (إذا أويت إلى فراشك فقل: اللهم رب السموات السبع وما أظلت، ورب الأرض وما أقلت، ورب الشياطين وما أضلت، كن لي جارك وجل ثناؤك ولا إله غيرك ولا إله إلا أنت)

الخلـــل في العلاقـــة بيـــن الزوجيـــن

قد يحسن كل من الزوجين الإختيار وتبدأ رحلة العمر سوياً ولكن ما تلبث أن تتعثر وتبدأ الخلافات والنزاعات، منها البسيط العابر ومنها الشديد المستمر، والذي قد يؤدي إلى علاقة سيئة و الإنفصال والطلاق ، وعند الخـوض فـي أسـباب الخلافات الزوجية نلاحظ أن هناك عشرة عوامل مختلفة يمكن أن تكـون أساسـاً لهذا الخلل :

1- **عدم التكيف والتأقلم مع الطرف الآخر:** هذه مشكلة كثيراً ما تحدث بين الأزواج عندما يقرر أي من الطرفين أنه لن يغيّر من عاداته اليومية أو طباعه في الطعام والشراب والملابس والصرف والتعامل مع الآخرين وغير ذلـك ، وهـذا منافي لفكرة الزواج الأساسية التي تأتي بفردين من بيئتـين مختلفتـين وآراء و إتجاهات خاصة وتطلب منهما الإنسجام والتفاهم والتأقلم ، ومن لا يكون لديه نية لهذا التأقلم والتكيّف فإن زواجه سيتعثر لا محال.

2- **الحوار** : في فترة الخطوبة كثيراً ما ينحصر الحوار في إطار الحـب والمشاعر والآمال والشوق والطموح، ثم ينتقل فوراً لترتيبات الزواج والـدعوات والحفلات والبيت والأثاث وما إلى ذلك من تفاصيل ، ومن المستغرب أن الكثير

من الأزواج يتفقوا أن لا يحدث بينهما مشاكل، وأن لا يختلفوا لأنهم من المحبـين والهائمين، وبالتالي لا يضعوا آلية لحل المشاكل والنزاعات، ويبدأ الزواج ويستمر الحوار ويتحول إلى صدام وعنف قد يتبعه حالة من الصمت و إنقطاع الحـوار ، وغالباً ما تجد أن كلا الزوجين يريد أن يتكلم ولا يريد أن يسمع وهنا تصبح الحياة صعبة.

3- **الإحترام:** قد يرى البعض أن موضـوع الإحتـرام لا ينـدرج تحـت العلاقات الزوجية ، ولكن الحقيقة أن الحوار مع الإحترام يشكّل جـوهر العلاقـة الزوجية الناجحة، وقد يكون إنعدامه سبباً لمشاكل لا حدود لها ، ولا يخلو نقـاش بين زوجين مختلفين من إشارة إلى أن الزوجـة لا تحترمنـي أو أن الـزوج لا يحترمني، أو أنه يحرجني أمام الناس بإنتقاداته وهكذا.

إن المريض حتى بأشد أنواع الأمراض، إذا كان مؤمناً مطمئن البال قادر على التعبد والتوجه لربه فإن معاناته تكون أقل بكثير من المريض الذي يفتقد مثل هذه الأمور ويصارع المرض بغضب وعنف ومشاكل

4- **الإخلاص والوفـاء:** إن مفهوم الزواج يعني إتخاذ قرار مـع الطـرف الآخر، وتكريس الحياة لهذا الشخص بشكل مطلق وعدم إدخال أية علاقات أخرى تسيء للعلاقة الزوجية، وبالتالي فإن الإخلال بالوفاء والإخلاص قد يهدم أقـوى علاقة زوجية وخصوصاً أنه قد يولد الغيرة الزوجية والتي هي مقبولة في حـدود محدودة وإطار الإرتباط الكامل ، ولكنها تصبح ظاهرة سلبية إذا زادت و إنحرفت عن هذا الهدف .

5- **التعاون:** لا بد لأي زوجين التعاون في أمور الحياة المادية والمعنويـة ولا بد لهذا التعاون أن يكون أمراً مسلماً به ولا يعتبر منـة أو معـروف يقدمـه طرف للآخر ولا هو جهد إضافي مثال ذلك التعاون في رعاية الأبناء والتعـاون في أعمال البيت والتعاون المادي ، وإذا كانت الزوجة عاملة أو لهـا ممتلكـات خاصة أو أموال، فإن هذا التعاون قد يأخذ أشكال كثيرة ، ومن الصـعب تخيّـل زواج ناجح فيه أنانية وفردية لدى طرف من الطرفين أو كلاهما .

6- **العلاقة الجنسية:** يبالغ البعض في أهمية أو عدم أهمية العلاقة الجنسية، وكثيراً ما يلاحظ ضعف المعلومات في هذا المجال لدى الطرفين، وذلك ينتج عنه عدم الرضا ، وجرت العادة لدى معظم الأزواج أن لا يتحدثوا في هذا الموضوع لا قبل الزواج ولا خلاله، ولا يعرف كلا الزوجين رأي الطرف الآخر في العلاقة

7- الجنسية ، وفي الواقع أن العلاقة الجنسية مهمة ولا يمكن تقليل أهميتها ولكنها يجب أن تنسجم مع النقاط السابقة ولا تؤخذ بمعزل عنها ، وفي كثير من الأحيان ترى الزوجة تحتج أن العلاقة الجنسية لا يمكن أن تأتي دون الملاطفة والود وأنه من الصعب عليها قبول علاقة جنسية بين نزاع وشقاق إستمر طوال اليوم.

8- **الصراحة:** رغم أن معظم الأزواج قد يقسموا منذ بداية التعارف على الصراحة ، إلا أنهما على أرض الواقع لا يتحملانها وينتقل الأمر إلى الإختيارية و الإنتقائية في الصراحة ، وأحياناً عدم الصراحة والكبت و الإحتفاظ بالأمور كل لوحده ، بحيث مع مرور السنوات يصبح كل من الزوجين في عالم خاص به وبالتالي تتزعزع أسس العلاقة الزوجية.

9- **الثقة المطلقة** : إن العلاقة الزوجية بما تحمله من خصوصية و إرتباط يستحيل أن تقوم دون وجود ثقة مطلقة بين الزوجين، وذلك أن الربط بين الأحداث و إستخلاص نتائج سلبية من تصرف الطرف الآخر قد لا يكون له صلة بالواقع، وهو مطب يمكن الوقوع به وبالتالي زعزعة الثقة مع غياب الحوار والصراحة ، وإذا لاحظ أحد الزوجين أن الثقة بدأت تهتز فلا بد من أن يبحث عن حل سريع لأن الثقة المهتزة قد تعني غيرة مرضية وشك وتوهّم وقد تصل إلى القتل والإنتحار.

10- **خصوصية العلاقة الزوجية** : من الملاحظ أن كثيراً من الأزواج لا يعتبرون أن ما يجري بينهما أمراً خاصاً مقتصراً عليهما فقط ، وقد يشاركوا الأبناء مهما كانت أعمارهم، أو العائلات من الطرفين وأحياناً الجيران والأصدقاء ، ويلاحظ أن المرأة العربية في مجتمعنا كثيراً ما تتحدث عن أمور زواجها بتفاصيلها وأسرارها حتى لإمرأة أخرى تجلس بجانبها في حافلة دون معرفة سابقة ، وهذا غالباً ما يؤدي إلى تدخلات من كثير من الأطراف تتخذ طابعاً سلبياً نقدياً تحريضياً ، ومن من الممكن أن يلجأ البعض لتضخيم الأمور حتى أن الزوجين أصحاب العلاقة يكونا قد نسيا المشكلة الأساسية ولكن الذين حولهم يصرون على إستمرار الحديث والمشاركة والتحريض، ويصل الأمر أحياناً إلى

كما أن الدور الوقائي للقرآن الكريم ثابت في أن المؤمن المتوازن الذي يتعبد ويأخذ بفلسفة الدين هو أقل قلقاً واضطراباً وتأثراً بالضغوط النفسية وبالتالي أكثر نيلاً للصحة والهناء في حياته

11- أن يسأل الزوجان عن المشكلة ويتطرقان للمداخلات ولمن قال ولمن فعل وكيف كانت ردود العائلة وخلافه، ولكنهم يجدون صعوبة في تحديد أصل المشكلة .

12- **الإعتراف بالفضل والجميل** : يعتبر الكثير من الأزواج أن العلاقة الزوجية كافية، ولا داعي لأن يقول كلمات(شكراً) و(أعتذر) أو (آسف) ويثني على الطرف الآخر علي الدور الهام الذي لعبه في تحقيق هدف معين، إذا كان واجب الزوج الإنفاق على الأسرة فهذا لا يعني أن كلمة شكراً من الزوجة والأبناء ممنوعة ، وإذا كان يفترض بالزوجة أن تعتني بشؤون البيت هذا لا يعني أن كلمة(يعطيك العافية) تصبح ممنوعة، وفي معظم الحالات فإن الإعتذار يقترن بالضعف وعدم الثقة والخضوع وهذا غير صحيح لأن الإعتذار من صفات الإنسان السوي القوي الواثق .

قد جاء طبيبان ليفحصا بعض المسلمين فسألهما الرسول صلى الله عليه وسلم (أيكما أطبب؟) أي أيكما أمهر وأحذق؟ فقيل: هذا. فقال صلى اله عليه وسلم: (يعالج هذا). ويعني بذلك المفاضلة بين الأطباء واختيار الأرجع علماً والأكثر حذقاً.

المجتمع المحيط: الأسرة والزوجان تحديداً لا يعيشان في معزل عن المجتمع، وبالتالي فإن كلاهما يؤثر ويتأثر بهذا المجتمع وهذا التأثير ينعكس على العلاقة الزوجية وما بها من إستقرار ومشاكل:

أولاً: عائلة الزوج: إن علاقة الزوجين بعائلة الزوج علاقة قد تكون علاقة رائعة ومفيدة وقد تكون داعمة وقد تصبح سلبية ، فالعائلة التي تتعامل مع زوجة الإبن على أنها أخذت إبنهم الغالي المدلل (على البارد المستريح) وإن لهم فيه حق أكثر مما لها فيه حق ، تنصب مبادئ العداوة من قبل التعرّف عليها، وإن لم تفهم الزوجة هذه العقلية ودخلت هذا الصراع، فعلى الأرجح ولو حتى كانت كل العوامل السابقة صحيحة أن يفشل الزواج ، وهناك الزوج الذي لا يتخذ القرار إلا بالرجوع لأهله إما لإعتماده عليهم عاطفياً أو مادياً أو كليهما ، وهناك الزوجة التي تعتبر كل إتصال من زوجها وعلاقته مع عائلته تتناقض مع حقها المطلق في زوجها كاملاً غير منقوص ، وهذا بالتأكيد لن يؤدي إلى زواج سعيد.

ثانياً: عائلة الزوجة: في مجتمعنا تبقى عائلة الزوجة هي مرجعية الزوجة حتى في قرار الزواج ، فالقرار تشارك فيه العائلة أو تفرضه وإذا كانت هناك حالة طلاق أو إنفصال فيكون لعائلة الزوجة دور أساسي ، من العائلات من ينظر

إلى زوج الإبنه أنه أخذ إبنتهم المدللة وسلبها حقوقهـا، وأن أي تغييـر عـن النمط الذي إعتادوه عليه هو جريمة لا تغتفر ، مما يجعل الزوج ميّال للإبتعاد عن عائلة زوجته بدل أن تكون أسرة جديدة وعلاقة بناءة جميلة تربطه بهم.

ثالثاً: الأصدقاء : من المفروض أن لكل من الزوجين شبكة أصدقاء، كما أنه لكلا الأسرتين شبكة مماثلة، ويفترض عند الزواج أن يتم شيء من إعادة تنظـيم هذه العلاقات ، وهناك من الأصدقاء للزوج قد يصبحوا أصدقاء للعائلة وآخـرين يبقوا على نفس العلاقة القديمة، وكذلك بالنسبة للزوجـة. بالإضـافة للعلاقـات الإجتماعية الممتدة والجيران وغيرهم ، من المفروض أن هذه الشبكة من العلاقات هي دعائم للأسرة ولا تسبب مشاكل، ولكن المألوف في المجتمع أن هناك دائمـاً حوار يدور حول إنتقاد وتقييم الأشخاص ونقل الكلام مما يجعل الجو مشـحوناً، وقد يتأثر الزوجين بهذه الأجواء لدرجة تصل إلى الطلاق، وخصوصـاً عنـدما تصبح هذه الشبكة مولعة في إختلاق قصص الخيانة والعلاقات الغير مشروعة.

لكن الذكاء العام يشمل أجزاء مختلفة مثل: الذكاء اللغوي، والذكاء الحركي، والذكاء الحسابي، والموهبة، والذكاء الإجتماعي، والذكاء الفني الإبداعي بأشكاله المختلفة

رابعاً: المؤثرات الإجتماعية العامة : قد يبدو للوهلـة الأولـى أن المجتمـع بأتساعه يصعب أن يؤثر على الأسرة ولكن الأسرة معرّضـة لوسـائل الإعـلام وللوعظ الديني ولآراء جمعيات حماية الأسرة وإتحـاد المـرآة وغيرهـا مـن المؤسسات التي من المفترض أن تعمل على توثيق عرى الزواج والمساعدة فـي حل المشاكل ، ولكن مع الأسف أحياناً تكون هذه المؤثرات سـلبية مثـال ذلـك التركيز الزائد على حرية المرأة والذي لا يستند لمقومـات كافيـة لمثـل هـذه المطالب، فالمرأة الأمية الغير مثقفة ما زالت تُضرب كل يـوم وتفتقـد الحقـوق الأساسية للإنسان، في حين أن بعض مترفي الفكر يدخلون في تفاصيل الحقـوق الثانوية والمساواة المبالغ فيها متناسين الأساسيات.

المشاكل النفسـية : إن المشاكل النفسية لها إرتباط وثيق بالمشاكل الزوجيـة وقد تلعب دوراً مزدوجاً في حدوث المشاكل وتطويرهـا، وحتـى لـو نتجـت الأمراض النفسية عن المشاكل الزوجية فإنها بالتالي تضاعف وتطّـور المشـاكل الزوجية وندخل في حلقة مفرغة:

أولاً: إضطرابات الشخصية : هناك شخصيات متطرفة في طباعها وقد يصعب العيش معها مثل السلبية ، العصبية، الدقة المتناهية، الغرور والنرجسية والعزلة الإجتماعية وغيرها من مثل هذا التطّرف، يضع الطرف الآخر في موقف صعب وقد يؤدي به إلى ردود فعل غير صحيحة مثل الرد على العصبية بمثلها أو الدقة المتناهية بالفوضى المتعمدة، وقد يصبح البيت ساحة معركة في مثل هذه الحالات.

ثانياً: الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية: من الصعب أن تجد مدمن كحول لا تعاني زوجته من الإكتئاب أو مدمن مخدرات إلا وقد دمّر كل ما في الأسرة، وقد يجر شريكة حياته وأبناءه للإنحراف والإدمان والجريمة، والسكوت على الوضع لن يحله فالمدمن هو مريض وبحاجة للعلاج وبقاءه في الأسرة سوف يؤدي إلى دمارها بلا شك .

ثالثاً: الأمراض النفسية: تصاب الزوجة بالقلق والإكتئاب ولا تعطى الإهتمام اللازم بل تكال لها الإتهامات بأنها مهملة ومقصرة، وفي أكثر من حالة يصل الأمر إلى الإنفصال، والحل في مثل هذه الحالة الإعتراف بأن الإكتئاب مرض له علاج، أو أن الرجل يصاب بالذهان الزوري ويبدأ بشكوك الغيرة المرضية وما يتبعها من سلوكيات مخيفة، قد تصل إلى القتل والإنتحار، ولا تحرّك الزوجة ساكناً و من حولها لا يقوموا بأي إجراء .

وفي الحالة التي تتواصل فيها المشاكل الزوجية فإن مضاعفات ستنتج منها الإكتئاب والخوف والضعف الجنسي وغيرها الكثير.

الأبناء: إن الأسرة المكونة من الزوجين سرعان ما تنمو ويكون هناك أبناء وبنات يشاركون في الحياة الأسرية، وذلك حسب أعمارهم. ومن الملاحظ أن وجود الأبناء قد يكون عاملاً إيجابياً في تخفيف المشاكل الزوجية أو أنه قد يخلق المشاكل والصراعات:

1- الأبناء هم جسم مشترك حي بين الزوجين يفترض في كل الأحوال أن يعمل كلا الطرفين على رعايتهم وحل مشاكلهم وأن يكون الوالدين وحدة واحدة والأبناء وحدة أخرى، وتنظم العلاقة وأسس الإحترام والعطف والرعاية والحنان و الإتفاق على أسلوب التربية وعدم إقحام الأبناء في المشاكل الزوجية.

أن الوراثة والبيئة معاً تشتركان في صنع الذكاء، وكأن الوراثة تعطي الوعاء ذو سعة محددة، وأما الخبرات الحياتية والتربوية والتجارب فإما أن تملأ هذا الوعاء كاملاً أو منقوصاً تبعاً للظروف التي يعيشها الفرد.

2- للأبناء مشاكلهم وهذه تتطلب جهد الأسرة لحلها سواءاً كانـت مشـاكل صحية ، تربوية ، أو نفسية أو إجتماعية وقد تصبح هذه الصعوبات التي يواجهـا الأبناء مصدراً للمشاكل والخلافات الزوجية، والمجال قد يكون مفتوحاً لدخول هذه المشاكل، وقد تصبح الأسرة متوازنة على هذه المشاكل فقط مما يعني ضـرورة إستمرار المشاكل لبقاء الأسرة .

3- الطلاق والأبناء : يستمر العديد من الأزواج في حياتهم الزوجية علـى أساس أن أبغض الحلال عند الله الطلاق، وأنه من أجل الأبنـاء لا بـد للأبـوين الإستمرار في الحياة الزوجية ، وفي الواقع أن الحياة الزوجية اليوميـة الحافلـة بالمشاكل أكثر ضرراً بالأبناء من الإنفصال، ثم العيش بهدوء ونظـام مـع أحـد الطرفين وبقاء شيء من العلاقة و الإتصال بالطرف الآخر.

إن مقاييس الذكاء المختلفة لا يفترض بها أن تقيس المعلومات المكتسبة والثقافة ودرجة التعليم، بل إنها تقيس القدرة الكامنة لدى الشخص على القيام بمثل هذه المهام

معالجـــة المشاكـــل الزوجيـــة

إن معالجة المشاكل الزوجية لا بد لها أن تتم على عدة مستويات:

أولاً: على مستوى الزوجين: وهنا لا بد للزوجين من تحديد المشاكل وكتابتها والحديث والحوار الهادئ فيها نقطة ، والوصـول إلـى إتفاقـات وتنـازلات ، ويفترض أن تحل معظم المشاكل الزوجية على هذا المستوى دون إقحام أحد.

ثانياً: مستوى الأصدقاء والعائلة: إذا فشل الزوجان في الوصول إلى حل فلا بد أن يتدخل الأصدقاء والأهل في الوصول للحلول، بما ذلك حكم من أهلها وحكم من أهله، ولكن في كثير من الأحيان يتخذ هذا المستوى أسلوب الصلح(حب على رأسها وديري بالك على زوجك) دون الخوض في المشكلة فعلاً ، وهذا ما يؤدي إلى تأجيل المواضيع وتراكم المشاكل سنة بعد أخرى.

ثالثاً: المعالجة الزوجية: في الحالات المتشابكة والتي تتداخل فيهـا عوامـل كثيرة ويفشل الأصدقاء والأهل في الوصول إلى حل، فإن المختصين وأصـحاب الخبرة قادرين على مساعدة الزوجين إذا كان لديهما النية الحقيقيـة للإصـلاح و الإستمرار في الزواج ، أما إذا كان الحضور للمعالجة الزوجيـة بقصـد إثبـات المخطئ والمصيب، فإن فكرة المعالجة تصبح بلا فائدة فالمعالجة الزوجية ليست محاكمة.

رابعاً: التدخل الطبي: إذا تبيّن من تقييم الوضع أن أحد الزوجين أو كلاهما يعاني من مشاكل نفسية، لا بد من معالجتها كالإدمان والإكتئاب والفصام فلا بد من أن يتم ذلك قبل الدخول في تفاصيل أخرى، إذ أن هذه الأمراض والمشاكل تتداخل وتتشابك مع المشاكل الزوجية وقد تنتهي المشاكل بمعالجة المرض.

الوقايـــة من المشاكـــل الزوجيـــة

لا بد من العمل الجاد على الحد من المشاكل الزوجية وما تتركه من خلاف وأبناء يحرموا أحد الوالدين، وما تؤدي إليه من إرتفاع معدلات الطلاق، والوقاية لا بد أن تكون على ثلاث مستويات:

أولاً: الوقاية الأولية: وهي العمل الجاد على منع حدوث المشاكل الزوجية برفع الوعي والتفاهم في الإختيار، والتعامل بأسلوب حل المشاكل البسيطة وهذا واجب تربوي وإعلامي لا أرى أنه يؤخذ بالإعتبار في مجتمعنا العربي.

ثانياً: الوقاية الثانوية : وهي محاولة إكتشاف الخلافات والمشاكل في وقت مبكر وعدم تركها للتفاقم ، وإتباع كل الوسائل العلمية والمنطقية للحل وهذا عادة ما يهمل وتتصاعد الأمور للطلاق .

ثالثاً: الوقاية الثلاثية : وهي مهمة في متابعة العلاقة الزوجية بعد حل المشاكل أو معالجة الأمراض، بقصد التأكد من عدم تكرارها أو ظهور غيرها من المشاكل .

قد تجد من هو ذكي جداً أو يصل إلى درجة العبقرية إلا أن شخصيته الخجولة المنطوية المتعثرة قد تجعل من هذا الذكاء وهذه القدرة هباءاً لا يستفيد منه الفرد ولا المجتمع، وقد يكون هناك من هو أقل ذكاءاً إلا أنه يتمتع بشخصية متوازنة، مما يسمح له بتحقيق النجاح في مختلف مجالات الحياة، وبصورة أكثر تفوقاً

5- ضـــــرب الزوجـــــات

ظاهرة ضرب الزوجات من الظواهر البشرية القديمة، والتي وثقت عبر التاريخ في أكثر من مكان وبأكثر من أسلوب، وفي المجتمع الأردني والعربي والإسلامي عموماً، يمكن تقسيم الظاهرة إلى نوعين:

الأول: الضرب المقبول إجتماعياً وتحت غطاء ديني، والذي يشجع عليه الرجل من قبل ذويه ومن قبل أهل زوجته، وعلى الأغلب أنه يهدف لفرض سيطرة وهيمنة الرجل، ورغم أن العلماء الدين الإسلامي قد وضحوا مراراً وتكراراً أن الضرب كما ورد في القرآن الكريم هو بأسلوب بسيط كالضرب بعقلة المنديل، وأنه لا يفعله خيار المسلمين، وأن أساس العلاقة الزوجية هو السكينة والمودة والرحمة، ولكن بإعتقادي أنه لابد من زيادة التركيز على التوعية الدينية والإجتماعية لوقف هذا النموذج.

الثاني: هو الضرب المتكرر العنيف، والذي قد يصل للتعذيب، ويقع ضمن إطار العنف الأسري، والذي قد يتعارك فيه الزوجين، أو تكون الزوجة هي الضحية والرجل هو الضارب، وغالباً ما يترافق هذا العنف مع الإساءة الجسدية للأطفال، ونادراً ما يكون العنف من الزوجة على الزوج وإن كان فيكون رد فعل و إنتقام لتكرار ضربها، فتلجأ لإستخدام السلاح أو السم للإنتقام.

إنتشـــــار الظاهــــرة

الدراسات في مختلف أنحاء العالم، عاجزة عن إعطاء أرقام وإحصاءات دقيقة، وغالباً ما تنشر الأرقام التي تصل فيها شكاوي للشرطة والقضاء فقط، وهي نسبة قليلة جداً من الحالات، وفي المجتمعات العربية يعلم الممارسون للطب النفسي أن الظاهرة واسعة الإنتشار، وأن الذين يقرون بحدوثها كثرة.

الأسباب: كثر الحديث عن دور الضحية (المرأة) في هذه الظاهرة، وحقيقة الأمر أن المرأة قد تلعب دوراً في إستفزاز الرجل، ولكن الأهم من ذلك أنها قد تسكت عن الضرب وتقبل به ويصبح ظاهرة راسخة يصعب الخروج منها،ومن المؤكد أن الرجال الذين يمارسوا الضرب في أعمار مبكرة غالباً ما يكونوا مضطربي الشخصية، ميالين لإساءة إستعمال الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية، وقد يعانوا من الغيرة المرضية، أما أولئك الذين يبدأون هذا السلوك بعد سن الأربعين فغالباً ما يعانوا من إضطرابات ذهانيه كالفصام والذهان الزوري، والظاهرة تشمل مختلف الطبقات الإجتماعية، ويلاحظ أن الرجال والنساء الذين يتصفوا بهذا السلوك العنيف يكونوا قد تعرضوا للعنف كأطفال حتى أصبح العنف أسلوباً مغروساً في نفوسهم. ويلاحظ أن بطالة الرجل وتفوق المرأة في الدراسة أو العمل لها دور في حدوث الضرب، وليس غريباً أن تجد المرأة الواقعة تحت الضرب تعاني من القلق و الإكتئاب، ولكن هذا غالباً ما يكون نتيجة للضرب ونادراً ما يكون سبباً له. وقد يكون الضرب دافع للإنتحار ومحاولاته المتكررة، والتي تجدها في مجتمعنا مغطاة وتتكرر، فكثيراً من النساء في أقسام الحروق قمن بمحاولة الإنتحار، ولكن تهديد الزوج والأهل أدى إلى إصرارهن على أن ما حدث كان نتيجة إشعال الغاز، و إرتداء ملابس من النايلون، وما إلى ذلك من

بالفطرة و البداهة يكون المبدعون قد حددوا هدفاً في الحياة، ويعلمون أن بإستطاعتهم إختيار هدف أو خلق هدف لتحفيزهم ليصلون إلى درجات عالية من المهارة والقدرة والموهبة

قصص غير واقعية، ومن الحالات التي يصل الأمر فيها للإيــذاء الشــديد أو القتل غالباً ما يكون الزوج يعاني من الغيرة المرضية الشديدة، ورفض العــلاج، واستدراج زوجته أن تعترف فيسامحها، ولكن ما أن تنطق له بإعتراف لــتخلص من الموقف حتى يطلق النار عليها، ودلت بعض الدراسات أن ثلثــي الزوجــات اللواتي ضربت يعترفن بأن الغيرة لعبت دوراً مهماً في عنف الزوج، كما دلــت الدراسات والمشاهدات العملية أن بعض الأزواج لا يتصرفوا بعنــف إلا عنــدما يكونوا تحت تأثير الكحول أو المخدرات، وكثيراً ما تشارك المرأة الرجــل فــي الشرب وإستعمال المهدئات، ويختلط الحابل بالنابل.

ونسبة لا بأس بها من النساء يكن قد اكتشف عنف الزوج أثناء فترة الخطوبة والتعارف، ولا تخلو العلاقات الزوجية العنيفة من مشاكل جنسية سابقة عدوانية، ولكن لم تدل الدراسات على أن السادية و المازوخية لها علاقة بهــذه الظــاهرة، يلاحظ أيضاً أن الرجال المقامرين قد يكونوا ميالين للعنف، ومع أن الظاهر وجود عنف أكثر في الأحياء والأسر الفقيرة. إلا أنه من الصعب الحكم فيمــا إذا كــان الضرب أقل في الطبقات الإجتماعية الأغنى، أم أن تلك الطبقات أكثر قدرة علــى إخفاء الظاهرة وهذا هو الإحتمال الأغلب.

> إن المبدعين يتحملون تواجد فكرتين أو أكثر ويستوعبون إمكانية وجود الحقيقة النسبية مع أية فكرة، وإنهم يعشقون والتحدي مع الغموض الناس والأفكار، والغموض يساعدهم على رؤية الأشياء من جوانب مختلفة طول الوقت

المظاهــــر الإكلينيكيــــــة

تتراوح الإصابات التي تنتج عن الضرب من خدوش وكدمات بسيطة، وتكون هناك محاولات لإخفاء الإصابة، وتأخر في وصولها للطبيب، وقد تعتزل المــرأة المجتمع عدة أيام حتى تزول أثار الكدمات عن الوجه والأماكن الظاهرة، وتكــون أغلب الإصابات في الرأس والرقبة، وخصوصاُ السواد حول العين، إنتفاخ الشفاه، وكسر الأسنان، وآثار الخواتم على الوجه، وحرق السجائر على الصدر، وكســر الأضلاع، أثار الأظافر على الرقبة في محاولات الخنق، والغيبوبة التي قد تنــتج عن الضغط على الرقبة و شريانها، الكدمات على الذراع والرسغ والأيــدي قــد تكون نتيجة العراك ومحاولات الدفاع عن النفس، وفي الحالات التي تتعرض فيها المرأة للركل والضرب بالقدم، فقد تكون الكدمات والكسور موزعة في مختلــف أنحاء الجسم وبما فيها ركل بطن الحامل، والحروق خصوصاً إذا كان العراك في

المطبخ، وتقع معظم الحالات دون سابق إنذار أو تخطــيط نتيجــة نقــاش أو خلاف بسيط، فيفقد الرجل السيطرة ويبدأ باللكم والضرب والركل بيديه وقدميــه وكل أداة حادة، أو بقطع الأثاث المختلفة، وكثيراً ما يعود الزوج للإعتذار وطلب المغفرة والسماح بعد أن يكون قد أشبع زوجته ضرباً والأطفال من حولها يبكون، والجيران يحاولون الفصل بين الزوج والزوجة.

تصنيـــــف الزوجـــــات

قد يصعب وضع تصنيف لكل امرأة تضرب، ولكن الدراسات والملاحظـــات تدل على وجود أكثر من نمط من النساء اللواتي يقعن ضحية الضرب:

1. **المرأة الضعيفة:** وغالباً ما تكون قد جاءت من أسرة مفككة، وتعرضــت للعنف في البيت والمدرسة، وقبلت راضخة بالعنف أسلوباً في الحيــاة، وهــؤلاء النساء اللواتي يترددن في الشكوى وقبول النصيحة والإرشاد والمساعدة مــن أي طرف.

2. **المرأة الكفوءة :** وقد يصعب تخيل امرأة متعلمة واثقة، وتتقلد منصباً جيداً أن تصبح ضحية الضرب، وعلى الأغلب أنها متفوقة على زوجها في كثير مــن أمور الحياة، وقد يكون إختيارها للزوج جاء مخالفاً لرأي الجميع فتتزوج من رجل أقل تعليماً وبدون عمل، وذو شخصية ضعيفة وذكاء محدود وقد يكون مريضاً أو مدمناً، وكأنها تريد من هذا تكريس تفوقها على زوجها، وبقاء القيادة في يــديها، ومع مرور الأيام تأتي لحظات غضب أو تمرد عند الرجل، خصوصاً إذا صاحبها كحول أو مخدرات، ينتقم فيها من الزوجة ويضربها ضـــرباً مبرحـــاً، ويمنعهـــا كبريائها ومكانتها من الإعلان عن ذلك، أو طلب المساعدة.

3. **المرأة المستفزة:** وغالباً ما تكون ممن يحبون الإثارة والاهتمـــام ولفــت النظر، ويحبون رفقة الجنس الآخر واهتمامه، وقد لا يتورعوا في إظهار بعــض هذه المسلكيات، رغم علمها بعواقبها، وحتى إذا تركت بيت الزوجية وكانت فـــي بيت لحماية المرأة أو عند ذويها، فقد تحاول الاتصال بزوجها، أو تبحث عن زوج أو صديق غالباً فيه نفس المواصفات، وكثيراً ما تقول هذه المرأة، أنا أعرف كيف ألعب بأعصاب زوجي، ولكنها لا تبدو مستعدة للسلام.

إن المبدعين شديدو المرونة وخصوصاً في تبادل الأفكار، ويحبون أن يروا الأشياء من زوايا مختلفة، وأن يراكموا الإجابات و الإحتمالات والإمكانات والإجابات التقريبية، بينما يرغب غير المبدعين بحل أو إجابة واحدة مريحة

4. **المرأة المزمنة في الضرب:** تكون قد كسرت شوكتها، ومقاومتها وطموحها وآمالها، وأصبحت بعد عشرة سنوات أو أكثر من الضرب لا تتطلع إلى الإصلاح، بل تأمل فقط بتربية أطفالها، والوصول بهم إلى بر الأمان، وأكثر ما تأمله أن يساعدها أبناؤها عندما يكبرون.

5. **المرأة المدمنة والمريضة:** قد تدمن المرأة على المهدئات، الكحول والمخدرات، أو تعاني من الإكتئاب والقلق المزمن، وقد يصبح من الصعب معرفة أيهما بدأ أولاً الضرب أم الإدمان والمرض. ولكنها عادة من الحالات الصعبة والتي قد تتطلب علاجاً مكثفاً، وليس غريباً أن يكون الزوج في نفس الورطة.

6. **المرأة العنيفة:** نسبة قليلة من النساء يقاومن الضرب، وقد يبادرن، وغالباً ما يكن عنيفات بشكل عام ولديهن ميول عدوانية أو علاقات خارج إطار الزوجية أو انحرافات جنسية.

7. **الزوجة المدَّعية:** عندما ترى بعض النساء الإهتمام بموضوع الضرب، قد تلجأ للإدعاء بأنها ضربت في محاولة للحصول على الإنفصال أو الطلاق، وفي حالات قليلة قد تكون المرأة تعاني من الفصام العقلي، وتتوهم أنها ضربت وزوجها يوقع بها، ويحاول تسميمها، ويعمل لها الحجب والسحر، وقد تلجأ للشكوى علي أمنياً وقضائياً .

إن أحد القوى الدافعة التي يترعرع عليها المبدعين هي أن لا يكون مقلداً، بل خلاقاً مبتكراً منه تنبع الأفكار والأعمال.

التعامـــــل مـــــع المشكلـــــة

التعامل مع مشكلة ضرب الزوجات، لابد وأن تأخذ عدة مستويات:

أولاً: المستوى الوقائي: والذي يقوم به التربويون ورجال الدين ووسائل الإعلام، والإرشاد العائلي والزوجي، لمنع إستعمال العنف بين الزوجين أبتداءاً.

ثانياً: مستوى التدخل الفردي: وهو محاولة إيقاف أي شكل من أشكال العنف، منذ بدايته، وعدم السماح بالإستمرار وتعقيد الأمور، وهذا يتطلب وجود جهات رسمية وأهلية، تلجأ لها المرأة إذا تعرضت للعنف، وكذلك وعي الأهل بأن لا يقبلوا لإبنتهم بالضرب. وبذلك يتم إيقاف نسبة كبيرة من الحالات في بدايتها.

ثالثاً: التعامل مع الحالات القائمة: وهنا لابد من التأكيد على أنه لابد من تقييم المشكلة بصورة شمولية قبل وضع خطة علاجية:

- مقابلة الزوجين كل على حده، والسماع لرواية الطرفين.
- مقابلة أي شهود من داخل أو خارج الأسرة.
- تقييم كلا الزوجين من الناحية الطبية والجسدية والعقلية والعصبية والنفسية ومن جوانب الإدمان.
- وضع التشخيص الإجتماعي والطبي النفسي للمشكلة، و الإتفاق على أسلوب الحل.
- معالجة أي مشاكل نتجت عن الضرب مثل الإضطرابات السلوكية والعاطفية عند الأطفال، أو الإكتئاب عند الزوجية وغير ذلك.
- لابد من وجود إطار قانوني خاص، يحقق هذه الخطوات، ويفرض الحلول ويقترحها قبل الوصول إلى الطلاق.

وفي مجتمعنا العربي لا بد أن يتم الإعتراف بوجود المشكلة، وتسليط الأضواء عليها، حتى يصبح من الممكن أن توضع سياسة وإستراتيجية للتعامل مع المشكلة.

التحديات والمشاكل والأفكار الجديدة عندما يتمسك بها المبدع تصبح فعلياً مصدر إثارة و إهتمام وشحذ للهمم وتطلق طاقات هائلة لا حدود لها.

6- الطـــــــــــلاق

لاشك أن الطلاق من المشاكل النفسية الإجتماعية المعقدة التي تؤثر على بنية الأسرة والمجتمع كما تؤثر على الأفراد ، وقد لوحظ عبر السنوات الأخيرة أن هناك زيادة في معدلات الطلاق في الأردن وفي كثير من الدول العربية ، وفي الدول المتقدمة أيضاً ، ومن الصعب الجزم بأن طلاق فلان من فلانة قد نتج عن سبب واحد محدد ، فيكون هناك سبب رئيسي إلا أن عوامل مختلفة تتداخل معه و تتضافر لهدم هذه العلاقة المقدسة ، علاقة الزوجية وما يتبعها من آثار وما يسبقها من مشاكل وما يشوبها من صراعات .

وسوف نستعرض بعض الأوجه التي تؤثر على الزواج وتدفعه للطلاق فلنتناول بعض العناوين الرئيسية والتي نشاهدها على الصعيد العملي بشكل واضح:

1 –الجنس :إن الجنس هو جزء من العلاقة الزوجية يتفاوت الناس في درجة إهتمامهم به وتركيزهم عليه ، فهناك من يعتبر العلاقة الزوجية هي الجنس وهناك من يعتبر أن هذا تحصيل حاصل ، وآخرون لا يعيروه أي إهتمام ، وقد تظهر

المشاكل الجنسية منذ بداية الزواج وفي ليلة الدخلة ، فيتعسر فض غشاء البكارة وتدخل المرأة بحالة من الخوف والرهبة والشد العضلي المهبلي ، ويبدأ الزوج في فقدان الرغبة وقد يفقد الإ نتصاب ، وتتعقد المشكلة بتدخل العائلة والعشيرة وكل قريب وبعيد في الموضوع ، ويتحول موضوع فض غشاء البكارة إلى موضوع رجولة ، ويطلب من الرجل أن يأتي في أي لحظة إلى زوجته في بيت أهلها لينهي هذا الموضوع وإلا فإن الزواج لن يستمر .

هذا ناهيك عن أن فئة كبيرة من الناس تعتبر أن نزول الدم وبشكل واضح وملموس أمر ضروري وهام في فض غشاء البكارة ، وخلاف ذلك هناك شك في عذرية العروس ، مما قد يفاقم الموقف وفي بعض الأحيان لا يكون هذا مبرراً ولا يكون هناك مشكلة ، لكن الدم الذي يأتي من فض غشاء البكارة قد يكون قليل ويختلط بالإفرازات المهبلية والسائل المنوي بحيث أنه لا يلاحظ .

ولاشك أنه في مجتمعنا وكثير من المجتمعات النامية تمر السنة الأولى من الزواج في حالة من التعثر الجنسي ، ويكون عامل ضغط الإنجاب والمراقبة و الإستفسار من المحيطين ثقيل على كاهل الزوجين ، وكثيراً ما تم الطلاق خلال الأسابيع أو الشهور الأولى أو السنة الأولى بسبب مثل هذه المشاكل .

بعد أن يستقر وضع الزواج جنسياً وتمتد السنوات ، ويتم الحمل والولادة وتتكرر هذه الحكاية ، يتغير كلا الزوجين في الرغبة والإقبال ونوعية ومعدل العلاقة والمبادرة فيها ، إذ لا تزال المرأة العربية تخجل من المبادرة وتعتبر بأنها شكل من أشكال التجاوز الأخلاقي .

من المعروف أيضاً أن هناك تفاوت في الرجل ، فقد يصل ذروة أدائه الجنسي ما بين السنة الثامنة عشرة والخامسة والعشرين ، ثم يبدأ نشاطه الجنسي بالإنخفاض في كل عقد من عمره ، بينما تتأخر المرأة وقد يكون ذروة نضوجها الجنسي في الثلاثين من العمر وقد لا يراعي الزوجين رغبات الطرف الآخر أو عدم رغبته في الممارسة ، وتنشأ هناك خلافات و إتهامات في هذا المجال قد تؤثر على سير العلاقة الزوجية وبنيان الأسرة .

كما أن هناك ظاهرة في السنوات الأخيرة وهي الثقافة الجنسية المغلوطة ،

الدعابة والإبداع يبدو أنهم يسيران معاً، والإعتقاد الأغلب أن الإبداع من الصعب حصوله دون وجود لمسة من الفرح والفكاهة، أما الجدية الزائدة فقد تعيق الإبداع

التي تصل للناس عن طريق بعض الأفلام الإباحية والمحطات الفضائية الإباحية ، والتي تعطي صورة مشوهة للجنس تجعل من الزوج أو الزوجة أو كليهما يظن أنه ليس بالمستوى المطلوب ، ويريد أن يحقق ما يراه في تلك الأفلام ، كما قد تتطور مطالب الزوج أو الزوجة من العلاقة الجنسية المباشرة العادية إلى مطالب أخرى يعتبرها الطرف الآخر شذوذاً و إنحرافاً وقد تؤدي إلى صدام ومشاكل .

ومن المرجح أن الثقافة الجنسية المعدومة في مجتمعنا العربي لابد لها من أن تبدأ حتى يصبح الجنس مصدر متعة وليس مصدر للتهديد والصراع ، كما أنه يفترض به أن يجسد المشاعر الإيجابية بين الزوجين .

2- التكافؤ الثقافي :من المألوف في مجتمعنا أن يحاول الناس الزواج من مستوى ثقافي متقارب ، وقد لا يكون المستوى الثقافي المتباعد قادر على تمكين العلاقة الزوجية من الإستمرار ، ويقصد هنا بالتكافؤ الثقافي ليس التعليمي فقط بل الثقافة بمفهومها الأوسع بما فيها من هويات و قراءات و إطلاع و إهتمامات , و ليس هناك ما يحتم أن يكون بين الزوجين تساوي في المستوى الثقافي , إلا أن هناك أهمية كبرى لنظرة الزوجين للموضوع و هل ينظر الزوج حامل الدكتوراه للزوجة التي أنهت الثانوية العامة أو لم تنهها نظرة إزدراء , أم أنه يعتبر أن هذا أمر مقبول وأنة لا قيمة لمثل هذه الشهادة ، والمشكلة تظهر واضحة عندما تكون الزوجة في مستوى تعليمي وثقافي أعلى مثل أن تكون مدَّرسة جامعية وتتزوج من شخص عادي قد لا يصل إلى الدبلوم ، ويصبح هناك صراع حتى لو أنها لم تكن تنظر إلى مثل تلك النظرة إلا أنه ينظر لنفسه دائماً بأنه أقل ويفسر كل حوار على أنه إستخفاف به .

المبدعون مسرفون في حب الإستطلاع و الإكتشاف والبحث، حتى تظنهم كالأطفال في بعض الأحيان لشدة رغبتهم في معرفة ما يدور حولهم بعمق وتفاعل كبير

وبالتالي فإن هذه من الأمور التي تؤدي إلى شرخ العلاقة الزوجية ، وقد يحدث أنه يتغير المستوى الثقافي والتعليمي بعد الزواج مثل أن يكون الزوجين مدرسين يحملان الدرجة الجامعية الأولى فينطلق أحدهما للدارسات العليا ويحصل على الدكتوراه ، ويبدأ بتغيير نظرته إلى زوجته وإلى إمكاناتها المختلفة ، وقد يصبح التعايش بينهما صعباً نتيجة عدم التكافؤ الدراسي والثقافي .

3- الحالة المادية:من المفترض أن الحالة المادية بين الأزواج لا تكون ذات مشكلة ، إلا أن واقع الحال يختلف فهناك العديد من الأزواج اللذين يعانون من شح الموارد ، ويكون بداية الحياة الزوجية مليئة بالديون والكمبيالات والشيكات المؤجلة وخلافه ، ولا تقدر الزوجة مثل هذه الهموم وتستمر بالمطالبة مما يرهق الزوج ويفرع المشاكل ويؤدي إلى طرق مسدودة .

4- العلاقة العاطفية :قد تنشأ علاقة حب بين الشاب والفتاة وتتبلور بالزواج ، ومن الممكن أن يشكل هذا عنصر نجاح للعلاقة الزوجية ، أما أذا كان الحب على حساب باقي جوانب التوافق في الحياة الزوجية ، فإن هذا قد يؤدي إلى تدهور في العلاقة الزوجية بصوره لا يرغبها الطرفان .

كما أن هناك الزواج التقليدي الذي لا يبدأ بالحب بل يبدأ بالتعارف والقبول على أمل بروز الحب لاحقاً ، وليس هناك ما يمنع من ذلك إلا إذا كان أحد الطرفين على علاقة حب لم يستطع بلورتها ولجأ لهذا الزواج متناسياً العلاقة السابقة ، ولكن هيهات إن لم يستطع نسيان العلاقة السابقة ، وبقيت عواطفه مرهونة بالحب الأول ، ولم يستطع أن يكون متفاعل عاطفياً مع زوجته والعكس صحيح .

وأما التغيرات العاطفية السلبية التي تحدث عبر مسيرة الزواج فإنها يفترض أن لا تحدث كون الطرفين قد قررا الزواج الإلتزام ، إلا أنه بين الحين والآخر يحدث خروج عن هذا المبدأ ويصل الأمر إلى حد إقامة علاقة عاطفية أو جنسية من قبل الزوج أو الزوجة مع طرف خارجي ، وهذا الأمر يكون بمثابة الصفعة الكبيرة في إستقرار الزواج والثقة التي يفترض أن تكون ، ولا شكل بأن مثل هذه التجارب كثيراً ما تكون إنحراف وراء نزوة يندم عليها الشخص ولكن مع الأسف بعد فوات الأوان .

5 - الأبناء :من المفترض وفي كل الأزواج أن هناك نية للإنجاب ورغبة في تكوين أسرة ، ويكون هذا الأمر تلقائياً وطبيعياَ في معظم الأحوال ، ولكنه قد

حتى يتمكن المبدع من اكتشاف عدة احتمالات فإنهم غالباً ما يرغبون بترك المواضيع مفتوحة دون جواب نهائي قطعي أو حل انتظارا لمزيد من الأفكار والتشعب

يتعثر في أحيان فيتأخر الإنجاب ، أو أن الإنجاب يتكرر بإنجاب بنات دون الذكور ، أو أن الإنجاب يتم دون تنظيم سابق متفق عليه ، مثل الزوجة التي تلغي مانع الحمل دون علم زوجها أو تحاول الإجهاض دون علم زوجها وغيره من المشاكل .

فقد تعاني الأسرة من عدم الإنجاب أو قلته أو تعاني من كثرة الإنجاب و إزدياد عدد أفراد الأسرة بما يفوق الطاقة والتحمل ، ثم تأتي المشكلة الدائمة في تربية الأطفال ودور الأب والأم في هذا الأمر ، وهذه الأدوار ليس متفقاً عليها وغير محددة في مجتمعنا مما يجعل الشكوى دائمة والصراع محتدم والمشاكل يومية و الإتهامات متبادلة بالتقصير من الطرفين ، وما أن يكبر الأبناء حتى تتدخل مشاكلهم مع مشاكل الزوجين ، وقد ينحازوا لطرف دون الآخر وقد يصبحوا طرفاً في نزاع ومشاكل لا معنى ولا ضرورة لها .

كما أن الأبناء يصبح لهم رأي في قضايا الأسرة و إستمرارها وفي قضايا الخلاف الزوجي وفي تهديدات الزوج وعنفه ضد زوجته .

يتصف المبدعون أنهم لا يقبلون الحدود والقواعد والعادات والتقاليد والأعراف السائدة وغالباً ما يسبحون ضد التيار.

6-الخلافات الزوجية : قد تحدث الخلافات الزوجية منذ اليوم الأول للزواج أو في أي وقت عبر مسيرته ، وقد تبدو للوهلة الأولى بأنها ناتجة من أحد الأطراف وفي الأغلب فهي تفاعل بين الطرفين وتنتج عن كلاهما ، وقد تكون الحماة هي نقطة الخلاف ومن وراء ذلك عائلة كلا الزوجين ، والعلاقة بين الزوجة والحماة علاقة معقدة وشائكة في مجتمعنا ، فيها الكثير من السلبيات و الإفتراضات المسبقة لدى الطرفين ، فهناك الأم التي تعتبر أن من تتزوج أبنها قد سرقته منها وحرمتها منه ، كما أن الكثير من الفتيات يضعن نصب أعينهن منذ اليوم الأول أن الخلاف سيقوم لا محال ، مع والدة الزوج ووالده وأفراد أسرته ، ومثل هذه المواقف المسبقة تؤدي إلى جو غير مريح وتدخل الصراعات الزوجية مع العائلية ، فليس من الغريب أن يتدخل صديق أو جار في هذه الأمور وتصبح هناك مشاكل يومية وخلافات ونزاعات لا نهاية لها ، وليس هناك موقف أو موضوع محدد يكون الخلاف عليه ، لكن غياب الحوار الهادئ والتفهم والإحترام يصعد الموقف ، وكثيراً ما يصل الزوجين إلى قرار الطلاق وهم غير قادرين على تحديد السبب .

7- العنف : إن العنف في نطاق العلاقة الزوجية مشكلة يعاني منها مجتمعنا وغيره من المجتمعات ، سواء كان هذا العنف لفظياً أو جسدياً أو جنسياً أو مادياً أو معنوياً ، ويتطور مع الوقت ليشمل الأبناء وكافة أفراد الأسرة والخادمة أحياناً، وقد يتطور أيضاً ليصبح متبادل فالزوج يضرب والزوجة تعض والأطفال يصرخون ، كما أن هناك بعض الأزواج اللذين يمارسون أشكال خفية من العنف بالتهديد بالطلاق والتهديد بالحرمان من الأطفال والتهديد بإلصاق تهمة أو إدّعاءات على الزوجة وغيرها من الأشكال التي نراها في كل يوم .

8- المرض : قد يلعب المرض بشكل عام دوراً كبيراً في العلاقة الزوجية إذا كان قد حدث بعد الزواج وبعد الإرتباط والمرور في فترة سعيدة من الزواج ، وقد يكون عائقاً منذ اليوم الأول خصوصاً إذا أخفى أحد الطرفين على الآخر وجود مرض مزمن أو إضطراب ما ، فهناك أمراض عضوية مهمة كالإيدز والسرطان وأمراض القلب والصرع ، التي لا بد من معرفة الطرف الآخر بوجودها سلفاً ثم التعامل معها بعقلانية منفتحة وحسب التعليمات الطبية .

وأما الأمراض النفسية فهي كثيراً ما تؤثر على العلاقة الزوجية فالإكتئاب على سبيل المثال يجعل من المرأة كسولة خاملة ، غير قادرة على تلبية طلبات الأسرة والزوج والأبناء وحتى على الإعتناء بنفسها وبمن حولها في درجاته الشديدة ، وتتهم أحياناً بالإهمال والتقصير وقد يؤدي ذلك إلى الطلاق دون الإكتراث لأنها تعاني من مرض قابل للعلاج ، وكذلك الوضع في إضطرابات نفسية أخرى كإضطرابات القلق والفزع والمخاوف المختلفة القابلة للعلاج إذا تفهم الطرف الآخر هذه القضية .

هناك أمراض نفسية أكثر تعقيداً كالوسواس القهري الذي يكون في حالاته الشديدة ذو أثر واضح على الحياة اليومية ، ولا بد من تفهم الطرف الآخر لهذا المرض وطبيعته وعلاجه ، وإن إخفاء مثل هذه الأمور يزيد العلاقة الزوجية تعقيداً وصعوبة .

أما الأمراض النفسية كالفصام العقلي والزهو الإكتئابي سواء كانت قد بدأت قبل الزواج أو بعده فهي تتطلب صبراً وتحملاً كبيراً من الطرف الآخر ،

المثابرة: كثير من المبدعين ومن عرفوا في التاريخ أمضوا سنوات طويلة ليصلوا إلى ما وصلوا إليه دون كلل أو ملل أو إستسلام، ولذلك يلاحظ إصرار المبدع على ما يرغب في تحقيقه مهما كانت الصعوبات والمدة والفشل

خصوصاً إذا كان المريض غير متعاون في العلاج ، وفي إضطرابات الشخصية والإدمان على المخدرات والكحول والمؤثرات العقلية تجد الكثير من المشاكل التي يجرها المدمن لأسرته وقد يتحطم الزواج ، وتتداخل مشاكل الإدمان مع العنف مع الأوضاع المالية والجنسية والعاطفية ، وتتفرع النزاعات ويتداخل الأبناء والأسر إلى درجة يصعب السيطرة فيها على الوضع .

ولا بد من التأكيد على أن الأمراض التي تعيق الحياة الزوجية قليلة إذا ما كان هناك ثقافة ووعي كامل .

مما سبق يتبين تشعب وكثرة الأمور التي تساهم في الطلاق وبالتالي فإن أي زواج مهدد بالطلاق لا بد من مراجعته دقيقة ، وكما أمر الشرع بحكم من أهله وحكم من أهلها ، وإذا إستعصى الأمر لا بد من اللجوء إلى أصحاب الخبرة والإختصاص القادرين على تحديد مواقع المشكلة و إقتراح الحلول ومتابعتها .

أن الزواج في مجتمعنا العربي لا يعني زوجين منفصلين بل يعني علاقة طويلة متشابكة بين عائلتين أو عشيرتين

7- إضطرابات الشخصية

الشخصية هي مجموعات السمات المختلفة للفرد ، والتي تشكل بمجموعها صفات الفرد النفسية والسلوكية والعاطفية وردود فعله لما يحدث داخل نفسه وفي محيطه ، ويميل الناس إلى التوسط في معظم سمات الشخصية ، وعلى ذلك فإن الشخصية الطبيعية تتفاوت من شخص إلى لآخر حسب درجة كل سمة من السمات ، وأما أولئك الذين يتطرفون في هذه السمات بإتجاه أو بآخر فإنهم يصنفون تحت بند إضطرابات الشخصية ، وللتعريف بهذه الإضطرابات فإن الوصف التالي يساعد في فهم هذه الشخصيات المضطربة :

أولاً : الشخصية المضادة للمجتمع (السيكوباثية) Psychopathic Personality Disorder

وتتصف هذه الشخصية باللمسات المميزة منذ سن مبكرة تعود إلى قبل سن الثامنة عشرة وتستمر طوال حياة الفرد ، هذه الشخصية تتمتع بالصفات التالية :

1. عدم إحترام حقوق الآخرين والتعدي عليهم و إنتهاك خصوصيتهم .
2. عدم الإلتزام بالقيم الإجتماعية والقانونية مما يؤدي إلى الإصطدام مع الأجهزة الأمنية والعدلية .

3. الخداع وتكرار الكذب والنصب و الإحتيال للحصول على مكاسب شخصية .
4. الإندفاع وعدم التخطيط للمستقبل .
5. الضجر والعنف وكثرة المنازعات والشجارات .
6. عدم الإكتراث لسلامة الشخص والآخرين .
7. عدم تحمل المسؤولية في كل المواقع داخل الأسرة وخارجها وفي العمل ، وعدم الإلتزام بأي أمور مادية أو معنوية .
8. عدم الإحساس بالذنب وتأنيب الضمير ، كما يتضح من ألامبالاة والتبرير إذا لزم الأمر ، وتكرار الإيذاء والعبث والجرائم وعدم التعلم من الخطأ

ثانياً : إضطراب الشخصية ألتجنبي Avoidant Personality Disorder:

وهذه الشخصية تمتد لفترة تسبق سن الثامنة عشرة وتتميز بالحساسية المفرطة لرأي الآخرين ، والشعور بعدم القدرة و الإضطهاد الإجتماعي وتشمل المظاهر التالية :

1. الإبتعاد عن النشاطات المهنية التي تتطلب الإحتكاك الشخصي خوفاً من النقد أو عدم الرضا أو الرفض .
2. عدم الرغبة في التعامل مع الناس إلا بعد التأكد من أنهم سيحبونه .
3. في العلاقات الحميمة يظهر عليهم التحفظ الشديد ، وذلك خوفاً من الإستهزاء أو السخرية .
4. الإهتمام الزائد بالنقد والرفض في المواقف الإجتماعية المختلفة .
5. السلبية والتراجع من أي إنخراط بعلاقات شخصية نتيجة الشعور بعدم الكفاءة .
6. يرى نفسه غير كفء إجتماعياً وغير جذاب للناس وأقل منهم درجة .
7. دائم التردد لأخذ مخاطرة شخصية أو إقحام نفسه في نشاطات جديدة ، والتي يمكن أن تربكه .

ليس من المفترض أن تتطابق شخصية الزوج مع شخصية الزوجة كما يعتقد البعض ، ولكن المطلوب الإنسجام بين هاتين الشخصيتين بما في ذلك الإتفاق حول نقاط الخلاف، وقد لا يكون هناك داعي لتغيير نقاط الخلاف

ثالثاً : إضطراب الشخصية الحدي : Borderline Personality Disorder

الأشخاص الذين يعانون من هذا الإضطراب يتميزون بتأرجح علاقاتهم الشخصية وعدم أستقرارها وذلك طوال حياتهم ، ويظهر هذا الإضطراب جلياً في العواطف والعلاقات التي غالباً ما تكون غير واضحة ، وقد يتمتع هؤلاء الأشخاص بالإندفاعية وتظهر عليهم المظاهر التالية :

يبذلون الجهد لتجنب الإهمال الفعلي من الناس أو الإعتقاد بالإهمال وهو ما يتمثل بالتعلق الزائد بالشخوص أو الأشياء وبذل الكثير لتجنب زوالهم أو غيابهم .

1. نمط من العلاقات الشخصية المضطربة والتي تتأرجح بين المثالية المطلقة وعدم إعطاء القيمة .
2. إضطراب الهوية : غالباً ما يكون هؤلاء الأشخاص لديهم صورة غير مستقرة وغير واقعية عن أنفسهم .
3. الأندفاعية قد تكون بإتجاه إيذاء النفس والتبذير ، ممارسة الجنس وإساءة إستخدام المؤثرات العقلية ، قيادة السيارات بشكل متهور ، الأكل بأسلوب هجمات من الأكل الزائد .
4. السلوك الإنتحاري المتكرر والإشارات والتهديدات بالإنتحار وإيذاء الذات ، عدم إستقرار المزاج والمرور في فترات شديدة من تعكر المزاج والتوتر والقلق لساعات وأيام .
5. الشعور المزمن بالفراغ .
6. شدة الغضب غير المبررة والصعوبة في السيطرة على الغضب .

أن الحوار مع الإحترام يشكّل جوهر العلاقة الزوجية الناجحة، وقد يكون إنعدامه سبباً لمشاكل لا حدود لها

رابعاً : إضطراب الشخصية المتعمدة (Dependent personality Disorder) :

هذه الشخصية تتميز بالإعتماد على الآخرين لرعايته ، والخوف من الإنفصال عنهم ، أو عدم وجود من يتكئون عليه ، وقد يؤدي ذلك إلى تمسكهم و إرتباطهم غير الطبيعي مع أشخاص في محيطهم ويتمتعون بالصفات التالية :

1- لديهم صعوبة في إتخاذ القرارات اليومية ويعتمدون كثيراً على النصيحة والتطمين من الآخرين .

2- يفضلون أن يأخذ الآخرين معظم جوانب المسؤولية في حياتهم.

3- لديهم صعوبة في التعبير عن عدم الرضا خوفاً من فقدان الدعم والتأييد من الآخرين .

4- لديهم صعوبة في إتخاذ خطوات والبدء في مشاريع ، وذلك لعدم الثقة في النفس أو الثقة في القرار أو القدرة أو الطاقة أو الإندفاع لتحقيق الهدف

5- يتمادى هؤلاء الأشخاص للحصول على التعاطف والدعم من الآخرين وقد يصلون في ذلك إلى عمل الأشياء غير مقبولة إجتماعياً .

6- الشعور بعدم الراحة والعجز عندما يكون وحيداً لتضاعف الخوف من الإعتناء بنفسه وبالآخرين .

7- عادة ما يبحثون عن علاقة أخرى عند فقدانهم للعلاقة القائمة .

8- يهتمون كثيراً وبطريقة غير واقعية بالخوف من أن يأخذوا زمام العناية بأنفسهم دون مساعدة الآخرين .

جرت العادة لدى معظم الأزواج أن لا يتحدثوا في هذا الموضوع لا قبل الزواج ولا خلاله، ولا يعرف كلا الزوجين رأي الطرف الآخر في العلاقة الجنسية

خامساً : إضطراب الشخصية الهستيري Histrionic Personality Disorder :

Iهذا النمط من إضطراب الشخصية يتمحور حول الزيادة العاطفية وسلوك لفت النظر والذي يظهر من سن مبكرة ويتجلى في مواقف مختلفة وتتميز الفتيات بالصفات التالية :

1- ينزعجن من الوجود في موقف أو مكان هم ليسوا فيه موقع الإهتمام الرئيسي

2- التفاعل مع الآخرين يمتاز بالسلوك ألإغرائي والجنسي غير المناسب والسلوك الإستفزازي .

3- يظهرنّ عواطف متقلبة وسطحية متغيرة بسرعة .

4- يستخدمنّ المظهر الخارجي للفت الإنتباه .

5- لديهم أسلوب في الكلام يحاولنّ فيه ترك إنطباعات أكثر من إعطاء التفصيل الحقيقي للموضوع .

6- يظهر عليهنّ الأسلوب المسرحي الدرامي والمبالغة في التعبير عن العواطف .

7- يتأثرنّ بالآراء والظروف المحيطة كما يسهل إنقيادهنّ والإيحاء لهنّ .

8- يصنفنّ العلاقات بأنها أكثر قرباً مما هي عليه فعلاً

سادساً : إضطراب الشخصية النرجسي Narcissistic Personality Disorder :

في هذا الإضطراب نمط من الغرور في السلوك والخيال ورغبة في الحصول على إعجاب الآخرين وعدم التعاطف مع الآخرين ، ويبدأ في سن مبكرة في مواقف مختلفة ، ويتصف بالصفات التالية :-

1- شعور زائد بالعظمة والأهمية الشخصية بحيث يبالغون بالحديث عن إنجازاتهم وقدراتهم ويتوقعون المديح والإطراء والتميز من جميع الجهات .

2- مهتمون جداً بالخيال لدرجة غير محدودة بما يتعلق بالنجاح والقوة والذكاء والتميز والجمال والحب المثالي .

3- يعتقد أنه شخص غير عادي ومتفرد في صفاته وأنه لا يمكن أن يُفهم من قبل الأشخاص العاديين ، ولا بد أن يرتبط في مكانة ومرتبة قديرة عليا ومتميزة .

4- يتطلب الإعجاب الزائد المتواصل بالإطراء .

5- لديهم إحساس بأحقيتهم في المواقف المختلفة مثل التوقعات غير المعقولة للعلاج أو الطاعة العمياء من قبل الآخرين والرضوخ لطلباتهم ، أما على مستوى العلاقات الإجتماعية فإنهم يسعون للإستفادة من هذه العلاقات للحصول على مكتسبات شخصية دون نقاش وتغلب على تصرفاتهم الإنتهازية والإستغلال .

6- عدم التعاطف مع الآخرين وعدم الإعتراف بمشاعر وحاجات الآخرين

سابعاً : إضطراب الشخصية الوسواسي القهري Obessive Compulsive personality Disorder

هذا النمط من الشخصية يتميز بالإهتمام بالنظام والترتيب والمثالية والسيطرة العقلية والشخصية ، والإبتعاد عن الليونة والمرونة والفعالية ، ويبدأ بسن مبكرة ويستمر ويظهر في مواقف كثيرة ، وسمات هذه الشخصية تتميز بالإضطرابات التالية :

إن العلاقة الزوجية بما تحمله من خصوصية و إرتباط يستحيل أن تقوم دون وجود ثقة مطلقة بين الزوجين، وذلك أن الربط بين الأحداث و إستخلاص نتائج سلبية من تصرف الطرف الآخر قد لا يكون له صلة بالواقع

يعتبر الكثير من الأزواج أن العلاقة الزوجية كافية، ولا داعي لأن يقول كلمات(شكراً) و(أعتذر) أو (آسف) ويثني على الطرف الآخر على الدور الهام الذي لعبه في تحقيق هدف معين

1. الإهتمام بالتفاصيل والقوائم والقواعد و الأوامر والأنظمة والبرامج إلى درجة فقدان الهدف الأساسي من النشاط المنوي إقامته .
2. يسعون إلى الكمال والذي يتدخل مع الفعل والواجب المنوي عمله ، بمعنى أنه قد يقوم بعمل إذا لم يكن بالإمكان أن يتوفر فيه الكمال .
3. مخلصون جداً للعمل والإنتاج لدرجة أنهم يستثنون الترفيه والتسلية والعلاقات الشخصية والصداقات وهذا ليس من منطلق الحاجة المادية .
4. ذوي ضمير صاحٍ لا يقبلون الجدال بالأخلاقيات والقيم والمبادئ حتى وإن لم تكن من منطلقات دينية .
5. لا يستطيع هؤلاء التخلص من الأشياء والبقايا التي لم تعد مفيدة وحتى إن لم يكن لها قيمة معنوية ، يعتادوا على تكديس الحاجيات القديمة إلى درجة مهلكة .
6. يتردد هؤلاء في توزيع المهام أو العمل مع الأخرين ، إلا إذا ضمنوا مئة بالمائة أن هؤلاء سيمتثلون إلى أسلوبهم دون تعديل على الإطلاق .
7. يتبعون نظام صرف مالي دقيق ومحدد على أنفسهم وعلى الآخرين ، ويلعب المال دوراً محورياً في حياتهم ، وقد يوصفون بالبخل لشدة الحرص .

ثامناً : إضطراب الشخصية الزوري : Paranoid personality Disorder

هذا الإضطراب يتميز بعدم الثقة والشك بالآخرين وأن نواياهم ليست كما ينبغي ، ويظهر هذا الإضطراب في سن مبكرة ويظهر في مجالات مختلفة ، ويتصف بالسمات التالية :

1. الشك دون دليل كافي بأن الآخرين يخادعوه ويؤذوه ويحالوا التخريب .
2. يهتم هؤلاء الأفراد بشكوك ليست مبررة حول الولاء والثقة بالنسبة للأصدقاء والشركاء .
3. يتردد هؤلاء بالبوح بأسرارهم لأي شخص لخوفهم بأن هذه المعلومات سوف تستعمل ضدهم .
4. يقرأ هؤلاء معاني التحقير والتهديد في أحدات وإشارات عادية .
5. يحمل هؤلاء الضغينة على الآخرين ولا يغفرون الإهانة والجرح أو التعدي على الإطلاق .

6. قد يستوعبون الهجوم على شخصيتهم وسمعتهم دون أن يكون هناك هجوم ولا يراه أحد ، وتكون ردة فعلهم غاضبة وعنيفة وهجومية .

7. لديهم شكوك متكررة دون مبررات فيما يتعلق بإخلاص الزوج والزوجة .

تاسعاً : إضطراب الشخصية الفصامية : Schizoid Personality Disorder

في هذا النمط هناك إنفصال في العلاقات الإجتماعية وتقليص في درجة التعبير العاطفي في العلاقات الشخصية يظهر في سن مبكرة ويتجلى في مواقف مختلفة ومن سمات هذا الإضطراب :

1- لا يوجد هناك رغبة ولا متعة في العلاقات الحميمة حتى الأسرية .
2- يختاروا النشاطات الفردية على الأغلب .
3- ليس لديهم الإهتمام في العلاقات الشخصية والعاطفية .
4- مجالات الإستمتاع لديهم محدودة أو معدومة .
5- يفتقدون للأصدقاء المقربين وليس لديهم من يسرون له إلا الأب والأم أو الأخ والأخت وهذا أيضاً ليس في كل الأحوال .
6- يبدون غير مباليين لنقد أو مدح الآخرين .
7- تبدو لديهم برودة عاطفية ونزعة عاطفية ومزاج متبلد .

عاشراً : أضطرب الشخصية الفصامي النمطي Schitotoypal Personality Disorder

في هذا الإضطراب هناك نمط من العيوب الإجتماعية ، العلاقات الشخصية متميزة بدرجة عالية من عدم الإرتياح وضعف الطاقة وعدم إقامة علاقات شخصية ، بالإضافة إلى إضطرابات في الإدراك والمعرفة والتطرف في السلوك وتبدأ بسن مبكرة وتظهر في مواقف مختلفة وتتميز بالسمات التالية :

1- أفكار الإشارة للذات بأن الأخرين قد يجبروه و يؤذوه .
2- الإعتقادات الغريبة والتفكير السحري الذي قد يؤثر على سلوكهم وهو غير متناسب مع المعايير الثقافية للفرد ، مثل التشاؤم والخرافات والإيمان بالتخاطب عن بعد وتحريك الأجسام والحاسة السادسة منذ الطفولة والمراهقة ،

هناك شخصيات متطرفة في طباعها وقد يصعب العيش معها مثل السلبية ، العصبية، الدقة المتناهية، الغرور والنرجسية والعزلة الإجتماعية وغيرها من مثل هذا التطّرف، يضع الطرف الآخر في موقف صعب وقد يؤدي به إلى ردود فعل غير صحيحة

1- بالإضافة إلى الخيال الغريب و الإهتمام والإستغراق في مثل هذه الأمور وفي الغيبيات .

2- قد يمرون في حالات من إضطرابات الإدراك مثل الخداع الجسدي .

3- لديهم أسلوب غريب في التفكير والكلام يميلون فيه إلى الغموض والكلام الفلسفي و التفصيل غير المبرر والنمطية .

4- الأفكار الزورية والشكوك .

5- المزاج الضيق وغير المتناسب مع الموقف و السلوك ، والمظهر الغريب الغير مألوف بالمحيط .

6- عدم وجود أصدقاء مقربين أو من يسر إليهم سوى أقرباء الدرجة الأولى .

قلق إجتماعي زائد لا يقل مع تعود و الوقت ويميل إلى الإرتباط بالمخاوف الزورية .

8- التردد في زيارة الطبيب النفسي

إن زيارة الطبيب النفسي في المجتمع العربي مازالت محاطة بالكثير من الشكوك والهواجس والأخطاء الشائعة والحيرة والخوف من الوصمة ، وهذا مما يؤدي إلى إعاقة مساعدة المريض النفسي العربي على الشفاء والعودة للحياة الطبيعية ، وسأستعرض فيما يلي بعض المفاهيم الخاطئة :

1- عدم القناعة أن الطب النفسي هو علم : يظن الناس أن الطب النفسي ما هو إلا فلسفة نظرية لا تقوم على أي أسس من البحث والتجربة والإطلاع ، وبالتالي لا يعتبروه أحد فروع الطب الجادة ، وينظروا إليه نظرة دونية غريبة ، والواقع أنه ليس هناك مجال للإعتراف أو عدم الإعتراف في أي علم من العلوم ، ولكن بإعتقادي أن الجهل في ماهية هذا الطب تولد عدم القناعة ، كما أن هناك إحساس عام لدى الناس بأن هذا العلم كونه لا يعتمد على مقاييس ملموسة ، كصور الأشعة ونسب السكر في الدم وغيرها ، فإذاً هو يقوم على أساس نظري ومن الممكن لأي شخص أن يطبقه وليس بالضرورة الطبيب النفسي ، بمعنى أن الشخص العادي يعتقد أن بإمكانه أن يحدد ما هو القلق أو الإكتئاب لأن هذه

من الصعب أن تجد مدمن كحول لا تعاني زوجته من الإكتئاب أو مدمن مخدرات إلا وقد دمّر كل ما في الأسرة، وقد يجر شريكة حياته وأبناءه للإنحراف والإدمان والجريمة، والسكوت على الوضع لن يحله فالمدمن هو مريض وبحاجة للعلاج

2- الكلمات بسيطة وشائعة ، ويظن أنه يفهمها ويعرف كيف يشخص وحتى كيف يعالج هذه الحالات ، متناسياً أن ثلث مراجعي عيادات الطب العام في العالم هم من المرضى النفسيين .

3- عدم القدرة على فهم العلاقة الشائكة بين الجسد والنفس : لازال الكثير من الناس يعتقد أن النفس شيء وهمي هوائي غير موجود ولا محسوس ، وأن الجسد فقط هو يعنى به الطب ، هنا لابد من التأكيد على أن النفس كما هي معروفة الآن هي مجموعة من المراكز في الدماغ ، تقوم بتنظيم الوظائف النفسية المختلفة ، وبالتالي إذا أراد هؤلاء حلاً لهذا الإشكال فإن النفس جزءاً من الدماغ وبالتالي جزءاً من الجسد ، بل هي أعظم الأجزاء في تنظيمها وتنسيقها ، فقد أقسم بها الله سبحانه وتعالى بها دون غيرها من أعضاء الجسم (ونفسٍ وما سوّاها) .

الأبناء هم جسم مشترك حي بين الزوجين يفترض في كل الأحوال أن يعمل كلا الطرفين على رعايتهم وحل مشاكلهم وأن يكون الوالدين وحدة واحدة والأبناء وحدة أخرى

4- خلط النفس بالروح : هذا الخلط يأتي من مفهوم أن النفس شيء غير محسوس وغير معروف ، وكذلك الروح غير محسوسة وغير معروفة فهما نفس الشيء وهذا أمر مخالف تماماً لكل المفاهيم العلمية والدينية ، فالنفس هي شبكة الأعصاب والمشابك العصبية والخلايا العصبية التي تتعامل مع بعضها البعض كيميائياً ، بينما الروح لا يستطيع العلم التدخل بها وما الروح إلا من علم ربي .

5- الإعتقاد بأن الطبيب النفسي يتعامل مع الجنون : ينغرس في ذهن المواطن العربي أن الجنون هو ذاك المرض الذي يشاهده على التلفزيون ، والذي فيه شخص يتصرف بطريقة غريبة وعجيبة ويعفر التراب على رأسه ويصيح في الشارع ، وأنه طالما لم تنطبق عليه هذه المواصفات فهو ليس بحاجة لطبيب نفسي ، وحقيقة الأمر أن مفهوم الجنون ليس وارد حالياً في التقسيمات الطبية العالمية ، وأن هناك عشرات الأمراض لكل منها وسائل تشخيصه وصفاته الخاصة ، وقد لا يلاحظ على المريض النفسي أي أمر يثير الشبهات .

6- الإعتقاد أن العلاج النفسي ما هو إلا مهدئات : هذا الإعتقاد أمتد عبر العقدين الماضيين بحيث أن القناعة لدى الكثيرين ، أن هذا العلم يحاول أن يظهر بصورة مبكرة ، ولكنه لا يستطيع أن يفعل شيء سوى حبة مهدئ تؤدي إلى الإدمان ، متناسين النقطة الأساسية أن أحد واجبات الطب النفسي الأساسية وتفرعاته هو طب نفسي الإدمان .

7- عدم معرفة الأمراض والتفرعات التي يحويها الطب النفسي : الطب النفسي يقسم إلى العديد من التفرعات ، منها طب نفسي الأطفال والمراهقين ، طب نفسي الشيخوخة ، طب نفسي البالغين ، طب نفسي المجتمع ، طب نفسي الإدمان ، طب نفسي العلاج النفسي ، الطب النفسي القضائي ، الطب النفسي العضوي ، الطب النفسي الذي يتخصص في أمراض معينة مثل إضطرابات الغذاء أو إضطرابات النوم وما إلى ذلك ، وكما أن فروع أخرى في الطب النفسي مثل علم الجنس لا يبدو أن الناس تعرف أن مشاكل الجنس المختلفة في أغلبها ليست عضوية وأن المكان الصحيح لعلاجها هو الطب النفسي . ولا يعرف أيضاً الكثيرون بأن الإعاقة العقلية هي من الإختصاصات الفرعية للطب النفسي ، وكذلك بعض أنواع الصرع والخرف وإصابات الدماغ وما يليها ، والجلطات الدماغية والأورام الدماغية بعد أن يتم معالجتها من قبل أطباء الأعصاب .

أن الحياة الزوجية اليومية الحافلة بالمشاكل أكثر ضرراً بالأبناء من الإنفصال، ثم العيش بهدوء ونظام مع أحد الطرفين وبقاء شيء من العلاقة و الإتصال بالطرف الآخر

8- الإعتقاد بأن الطب النفسي هو فلسفة غربية مستوردة : هذا أمر يثير الدهشة و الإستغراب ، فالطب النفسي لم يبدأ مع فرويد طبيب الأعصاب في فينا في القرن التاسع عشر ، بل بدأ قبل ذلك بقرون عديدة من أبقراط إلى غيره حتى جاء الأطباء العرب المسلمون أمثال إبن سينا والرازي ووضعوا الأسس العلمية وقسموا الأمراض النفسية لأول مرة في التاريخ ، وكانت كتابات الغزالي هي مقدمة لعلم النفس التربوي قبل ألف عام .

9- الخوف من تأثير زيارة الطبيب النفسي على أهلية الفرد أو العمل أو الزواج أو التجارة : إن هذه فكرة شائعة غريبة لأن القوانين في مختلف الدول لا تحاسب من يزور طبيب نفسي ، ولا تفقد الزائر للطبيب النفسي أو المراجع أهليته ، وأنه في نهاية الأمر عند طرح سؤال الأهلية فإنه يطرح على الطبيب النفسي ، وبالتالي فإن فكرة فقدان الأهلية لمجرد زيارة الطبيب النفسي فكرة مغلوطة تماماً ولا مجال لها ، وأن من لديه مرض أو مشكلة قد يكون الدفاع الوحيد للمحافظة على وضعه وأموره هو كونه تحت إشراف طبيب نفسي يكون خير من يدافع عنه إذا أقتضى الأمر .

10- عدم معرفة السرية المطلقة التي يحملها هذا الفرع من الطب : من المعتاد أن ممارسة الطب في كل أنحاء الأرض تحمل طابع السرية ، إلا أنها لا تكون بتلك الدرجة من السرية في الحالات العادية كالولادة وعمليات الزائدة أو ذبحة صدرية وخلافه ، أما في القضايا النفسية فهي حساسة جداً وخصوصاً في المجتمع العربي ، وأن السرية في التعامل مع الأمر هي سرية مطلقة بحكم القانون والأخلاق الطبية ، ولا يجوز لأحد أن يعطي تقريراً عن مريض نفسي إلا محاكم إذا كان هناك قضية معروضة .

11- الخلط بين الطب النفسي وطب الأعصاب وعلم النفس : إن هذا الخلط الغريب أحيانً يكون ناشئ من قبل المريض وذويه ، إذ أن كلمة طب أعصاب أو أعصاب تعبانه ، هي أكثر قبولاً وأسهل هضماً عليهم من الطب النفسي ، كما أن هناك بعض الأطباء في مختلف الإختصاصات قد يعززوا مثل هذا التوجه ، والخلط مع علم النفس فإن علم النفس علماً كبيراً له تفرعاته العديدة ، والذي يحمل البكالوريوس في علم النفس هو درجة للدخول في ميدان العلوم النفسية ، وبعض هذه التفرعات لعلم النفس مثل علم النفس الصناعي أو علم النفس الجنائي ، وعلم نفس التجريبي ، هي علوم لا تتعلق بالإنسان مباشرة من حيث صحته ومرضه ، ولكنه لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي وعلم نفس القياس دور هام ، وهي تعتبر مهنة مكملة للطب النفسي وليست منافسة .

> لا بد للزوجين من تحديد المشاكل وكتابتها والحديث والحوار الهادئ فيها نقطة ، والوصول إلى إتفاقات وتنازلات ، ويفترض أن تحل معظم المشاكل الزوجية على هذا المستوى دون إقحام أحد

12- عدم معرفة مدى إنتشار الأمراض النفسية : يعتقد المواطن العربي حتى المثقفين منهم أن الأمراض النفسية شئ نادرة الحدوث وقليل ولا أهمية له ، ويعرف بأن الأمراض النفسية في مجموعها تصيب أكثر من خمس السكان وأن ذلك الإنتشار يؤثر على الخدمات ويرهق موازنات المؤسسات والدول إذا لم يكن هناك إنتباه له ، وهناك أمراض شائعة بحيث أن القلق النفسي على سبيل المثال يصيب 3% من السكان ، الأمراض الذهانية 3% ، الإكتئاب النفسي يتأرجح بين ما بين 5-8% ، إضطرابات الأطفال قد تتجاوز 10% ، كل هذه الأرقام غير معروفة وواضحة للناس .

13-قلة الوعي النفسي : يلاحظ أن التثقيف الصحي عموماً في البلاد العربية ما زال ضعيفاً ، والتثقيف الصحي النفسي يكاد يكون معدوماً في معظم الدول

14- العربية ، حتى على مستوى المهن الطبية وطلاب الطب وكليات التمريض والحقوق وعلم الإجتماع وغيرها ، من المجالات التي يتطلب طبيعة عمل من يحصل على تلك الشهادة فيها التعامل في أمور نفسية ، وعلى الصعيد الشعبي فإن الوعي النفسي يكاد يكون أيضاً معدوماً ، وقد يكون في بعض البلاد والمناطق في تراجع مع الأسف .

15- أثر الشعوذة : لا شك أن للشعوذة أثر هائل في إعاقة وصول المريض للطب النفسي ، وفي إنتقاد الطب النفسي وفي تحويل الفصام إلى تلبس جن وفي تحويل أمراض كثيرة إلى خزعبلات وأفكار ليس لها أصول ومعايير ، وأن ممارسي الشعوذة هؤلاء ليسوا معرفين لا بشهادة ولا بخبرة ولا بترخيص وقد يكونوا من أصحاب السوابق الجرمية أو من المرضى من ذوي الأمراض النفسية المستعصية .

16- ضعف الخدمات النفسية وكوادرها : إن ضعف هذه الخدمات في مختلف الدول العربية يجعل من الطبيعي أن يلجأ المرضى إلى إختصاصات أخرى أو إلى المشعوذين أو إلى ما يسمى بالطب الشعبي ، وكون هذه الخدمات أحياناً متركزة في المدن الكبرى فقط وبعيدة عن الأرياف والبداية ، ولا يوجد العدد الكافي من الأطباء النفسيين والفريق النفسي الذي يعمل معهم من ممرضين نفسيين وباحثين إجتماعيين و إختصاصي علم نفس و إختصاصيي معالجة مهنية وتأهيل وعلاج نفسي وغيرها ، تجعل من الصعب على هذه الخدمات المرهقة بالعمل أن تقوم بعمليات التوعية ، وإذا تثقف الناس فلن يجدوا الخدمات المطلوبة .

17- الخوف من الوصمة الإجتماعية : إن الوصمة الإجتماعية في المجتمع العربي ما زالت قائمة ، وقد يتأثر البعض بأن الأسرة سيقال أن لديها مريض نفسي أو معاق أو مجنون ، وهذا قد يمنع أخواته البنات في الأسرة من الزواج أو أن يؤثر على الوضع الإجتماعي لتلك الأسرة ، وهذا الأمر في كثير من الأحيان يمنع الأفراد من الوصول إلى العلاج على إعتبار أن مجرد وصولهم للعلاج سيعني نشر الخبر في المجتمع ، وهذا أمر غريب لأن وصول المريض للعلاج لن

أما إذا كان الحضور للمعالجة الزوجية بقصد إثبات المخطئ والمصيب، فإن فكرة المعالجة تصبح بلا فائدة فالمعالجة الزوجية ليست محاكمة.

18- يعني أن شيء ولن يعني نشر الخبر في أي مكان لأن الأسرة لها القدرة على التحفظ بالطريقة التي تراها مناسبة لعدم إحداث تلك الوصمة ، والأطباء النفسيين والعاملون في هذا المجال يتفهموا هذه النقطة ويتعاملوا معها بكل الحذر المطلوب .

وأملي أن يأتي اليوم الذي يتوقف هذا التردد والخوف من زيارة الطبيب النفسي وتصبح زيارته مثل زيارة أي طبيب آخر مبنية على حاجة المريض لذلك ومتطلبات علاج حالته بما يخدم صحة المواطن العربي وتنميته بالإتجاه السليم .

9-الخجل من زيارة الطبيب النفسي

لازال التحفظ والخجل من الطب النفسي ومراجعة الأطباء النفسيين يسود المجتمع العربي رغم الجهود المبذولة لتصحيح هذه المفاهيم وينطلق هذا الخجل من عدة مفاهيم شعبيه خاطئة :

1- الإعتقاد بأن المرض النفسي هو ضعف في الشخصية ومن يقر بأنه يعاني نفسياً فهذا يعني عدم أخذ موقعه المفروض في المجتمع ، ولا يوجد إطلاقاً ما يسمى ضعف شخصية في مفهوم الطب النفسي.

2- الإعتقاد أن المرض النفسي هو الجنون وبالتالي فإن من يراجع طبيب نفسي هو مجنون ، علماً بأنه لا يوجد في مصطلحات الطب النفسي الحديث ولا حتى القديم أي مرض باسم الجنون .

3- الإعتقاد بأن المرض النفسي هو ضعف إيمان وبالتالي فإن البديل عن زيارة الطبيب النفسي هو تقوية الإيمان ، والواقع أن المرض هو ليس ضعف بالإيمان ، واللجوء لله عز وجل والصلاة والدعاء هي عامل مساعد في علاج المرض النفسي والغير نفسي دون أن يكون بديل عن العلاج الطبي .

4- الاعتقاد بأن المريض نفسياً يحرم من حقوقه القانونية ويفقد أهليته ولا يرث ولا يستطيع أن يبقى مسؤولاً عن ماله ، وهذا أمر ليس صحيحاً وأن من يحجر عليه هو فقط الذي وصل به الأمر أن مرضه يؤدي إلى ضرره وكما شرّع الله عز وجل يكون الحجر والوصاية عليه حفاظاً على ماله وممتلكاته وهذا يقرره الطبيب المختص والقاضي .

من المرجع أن الثقافة الجنسية المعدومة في مجتمعنا العربي لابد لها من أن تبدأ حتى يصبح الجنس مصدر متعة وليس مصدر للتهديد والصراع ، كما أنه يفترض به أن يجسد المشاعل الإيجابية بين الزوجين

5- الاعتقاد بأن مراجعة الطبيب النفسي ستصبح أمر معروف بين النـــاس متناسين الحقيقة الأكيدة بأن هناك سريه مطلقه في مراجعة الطبيب النفسي وأن لا أحد له السلطة والصلاحية أن يطّلع على هذا السر إلا أذا أمرت المحاكم بذلك .

6- الإعتقاد أن العلاج النفسي هو إما تحليل نفسي طويل أو مهدئات ، وهذا ليس صحيح فالمعالجة النفسية قد تشمل أدويه نوعيه مثـــل مضـــادات الاكتئـــاب ومضادات القلق ومضادات الذهان . وقد يرافقها علاج معرفـــي أو ســـلوكي أو نفسي أو عائلي.

7- الإعتقاد أن كافة الأدوية النفسية هي أدويه تؤدي للإدمان عليها مـــدى الحياة ، وهذا غير صحيح والطبيب النفسي هو المعني أساساً بمعالجـــة الإدمـــان وكما أن استمرار العلاج لفترة طويلة أحياناً لا يعني إدمان، فالإدمان هو تصـــاعد الجرعة دون مبرر وحدوث أعراض إنسحابية عند التوقف.

8- الإعتقاد أنه إذا عرف الإنسان سبب مرضه فلا داعي للعـــلاج، وهـــذا غير صحيح فمن يفقد عزيز عليه أو يتعرض لحادث، صحيح أن الســـبب يكـــون معروف ولكن الأثر قد لا ينتهي إلا بالعلاج.

9- الإعتقاد أن مراجعة الطبيب النفسي يجب أن تكـــون جلســـات طويلـــة ومرهقه حتى يقف الطبيب على حقيقة المرض ويشخصه، وهذا غيـــر صـــحيح فالطبيب النفسي مثل غيره من الأطباء يقوم بالتشخيص المبدئي وقد يطلب بعض الفحوصات وقد لا يطلب ، ويصل للتشخيص النهائي بعد ذلك يضع خطة العلاج ويعلم بها المريض أو ولي أمره .

10- الإعتقاد بأن النفس هي الروح وأن الطب عاجز عن معرفـــة الـــروح وبالتالي النفس ، فكيف يكون هناك مرض نفسي إذن؟! والواقع أن الروح هي من علم الله أما النفس فهي جزء من الدماغ معروف طبياً. وهي عبارة عـــن شـــبكه معقده من المراكز والخلايا المرتبطة كهربائياً وكيميائياً وهي فيها كل المشـــاعر والأحاسيس والعواطف،و إضطرابها هو الذي يؤدي للأمراض المختلفة وتصحيح الإضطرابات الكيماوية هو الذي يؤدي للشفاء .

وإذا تمعنا بهذه النقاط نجد أن هذا الخجل والخوف غير مبرر وغير منطقي.

أما الأمراض النفسية فهي كثيراً ما تؤثر على العلاقة الزوجية فالإكتئاب على سبيل المثال يجعل من المرأة كسولة خاملة ، غير قادرة على تلبية طلبات الأسرة والزوج والأبناء وحتى على الإعتناء بنفسها وبمن حولها في درجاته الشديدة ، وتتهم أحياناً بالإهمال والتقصير وقد يؤدي ذلك إلى الطلاق دون الإكتراث لأنها تعاني من مرض قابل للعلاج

10- أخطاء شائعة حول الطب النفسي

يشوب الطب النفسي الكثير من الإعتقادات الشعبية والمعلومات المغلوطة والتي تراكمت عبر السنين، ومن هذه الإعتقادات:-

1- الطب النفسي ليس علم بل مجموعة من النظريات والآراء بدأها فرويد و إستوردناها من الغرب، وهذا مخالف لحقيقة أن الطب النفسي أحد العلوم الطبية، مبني على أسس واضحة وبحث علمي، وهو ليس نظريات بل حقائق وممارسة . ولم يكن فرويد مخترعه، فهو موجود منذ الحضارات القديمة وكانت الحضارة العربية الإسلامية من أكثر الحضارات ثراء به.

2- الطب النفسي مخيف ومرعب ومرضاه خطرين والأطباء غريبين، وهذا مفهوم روجته السينما العربية وأجهزة الإعلام، وليس فيه شيء من الصحة.

3- الطب النفسي لا يعالج بل يسكن و يهدئ ، وهذا خطأ فاحش وقد تكون الأمراض النفسية من أكثر الأمراض تجاوبا مع العلاج، بالمقارنة مع الأمراض الباطنية مثلا.

4- كل مريض نفسي مجنون والمجنون بنظر الناس هو شخص لا يفهم شيء ولا يعرف شيء، وهذا أمر غير صحيح وليس هناك في تصنيفات الأمراض النفسية الجنون.

5- إن الإنسان إذا واجه مشاكل نفسية نتيجة ضغوط أو مشاكل إجتماعية ومالية فلن يتحسن إلا إذا حلت هذه المشاكل، فما مبرر اللجوء للطب النفسي، والحقيقة أن الطب قادر على مساعدة الناس حتى لو أن ظروفهم ومشاكلهم بقيت قائمة، إلا أن تحملهم وتعاملهم مع هذه المشاكل يصبح أكثر واقعية ويكونوا أكثر صلابة في مواجهة الصعاب.

6- إن علاج الأمراض النفسية هو مهدئ يدمن عليه الإنسان ويبقى عليه مدى الحياة، وهذا غير صحيح فلكل مرض برنامج علاجي و مدة محدودة ولا علاقة له بالإدمان، و أن طول فترة العلاج يعتمد على الحالة. فقد تكون بضعة أسابيع أو شهور أو سنة كاملة، وفي حالات معينة على المريض استعمال علاج وقائي شبه دائم، وهذا لا يختلف عن ضغط الدم أو السكري.

هذه الشخصية المضادة للمجتمع تتمتع بالصفات التالية :

1. عدم إحترام حقوق الآخرين والتعدي عليهم و إنتهاك خصوصيتهم .
2. عدم الإلتزام بالقيم الإجتماعية والقانونية مما يؤدي إلى الإصطدام مع الأجهزة الأمنية والعدلية .
3. الخداع وتكرار الكذب والنصب و الإحتيال للحصول على مكاسب شخصية .
4. الإندفاع وعدم التخطيط للمستقبل

7- إن المرض النفسي لا بد أن يكون له سبب واضح ومباشر، وإذا لم يكن فلا يحدث أي مرض، وهذا غير واقعي ، لأن الأمراض النفسية تشترك في أسبابها عوامل كثيرة متداخلة، وقد لا تكون هناك أسباب مباشرة واضحة أبداً .

8- أن من يزور طبيب نفسي سوف يفضح أمره ويعرف ذلك كل الناس و يفصل من عمله و يصبح محط سخرية، وهذا غير صحيح لأن العلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة سرية خاصة ، ولا يجوز لأحد الإطلاع عليها ، إلا في حالة وجود مسائل قضائية فالقاضي أو المدعي العام فقط له الحق في طلب تقرير عن الحالة .

يظن الناس أن الطب النفسي ما هو إلا فلسفة نظرية لا تقوم على أي أسس من البحث والتجربة والإطلاع ، وبالتالي لا يعتبروه أحد فروع الطب الجادة ، وينظروا إليه نظرة دونية غريبة

9 - إن من يزور طبيب نفسي يفقد حقوقه القانونية والشرعية وأهليته ويكون تحت سلطة أهله أو عائلته ، وهذا غير صحيح فزيارة الطبيب النفسي لا تعني شئ ، وإذا تقرر فرض الحجر والوصاية على شخص فإن الطبيب النفسي المعالج أو المستشار هو الذي يقرر ذلك ، ويشهد به أمام المحكمة ، ويكون في صالح المريض ، بمعنى أن المحكمة والطبيب إذا وجدوا أن هذا الشخص قد ينفق ماله بصورة غير صحيحة أو أن هناك من يستغل ماله ، يأتي الحجر وتعيين وصي حتى يكون هناك تأكيد على حفظ أموال المريض ، ولذلك ليس كل مريض ولا كل مرض يؤدي للحجر ، وحتى في مرض الفصام العقلي ليس التشخيص هو الذي يحدد الحجر بل التقرير الطبي حول قدرة الشخص على إدارة أمواله .

10- إن المرض النفسي ضعف وغباء ، وأن الإنسان القوي المتعلم لا يمرض نفسياً وهذا غير صحيح وليس هناك مناعة عند أحد من المرض النفسي .

11- أن المريض النفسي عنيف ومجرم وأن معظم الجرائم يقترفها مرضى نفسيين وهذا غير صحيح ومخالف للإحصاءات والدراسات.

12- أن المعالجة النفسية يجب أن تشمل على جلسات طويلة من التحليل النفسي و إسترجاع الطفولة، وهذا غير صحيح أيضا لأن المعالجة النفسية تشمل علاج بالعقاقير وعلاج معرفي أو سلوكي أو إجتماعي و حسب متطلبات الحالة.

13- إن المرض النفسي لا يمكن أن يكون سبب للألم مثل الصداع وألم الظهر وألم المعدة ، وهذا غير صحيح فهذه آلام غالبا ما تكون ذات منشأ نفسي وهذا لا يعني إنها غير موجودة.

14- هناك بعض المشاكل التي يشملها الطب النفسي ولا يعرف ذلك الكثير من الناس مثل المشاكل الجنسية، الإعاقة العقلية ومشاكل الشيخوخة، وإضطرابات سلوك الأطفال وصعوبات التعلم.

15- إن الطب النفسي هو فقط لأعمار معينة وهذا غير صحيح فالطب النفسي مع الإنسان من المهد إلى اللحد.

11- الذهان الحاد

الذهان الحاد تشخيص مبدئي واسع ، ويقصد به أن هناك حالة ذهانيه حدثت بشكل مفاجئ وسريع ، خلافاً لحالات الذهان التي تحدث بشكل تدريجي وبطئ ، وتأخذ شهوراً أو سنوات حتى تظهر ، وكلمة حاد متعارف عليها طبياً أنها تعني سرعة الحدوث والتسارع في الأحداث والأعراض خلال فترة وجيزة قد تكون ساعات أو أيام ، وأما كلمة ذهان فهي تعني مجموعة الأمراض التي يفقد فيها المريض إتصاله بالواقع ، و تضطرب لديه وظائف نفسية أساسية أهمها :

لازال الكثير من الناس يعتقد أن النفس شيء وهمي هوائي غير موجود ولا محسوس ، وأن الجسد فقط هو يعنى به الطب

1- **إضطراب الإدراك** : ويقصد به الهلاوس في مختلف أشكالها البصرية والحسية والسمعية والشمية والذوقية , والتي تعني أن المريض يدرك صوت أو صورة أو إحساس دون وجود منبه خارجي ، أو مصدر له بل أن الإدراك يكون فقط في داخل الدماغ ومناطق إستقبال الإحساسات المختلفة ، أو الشكل الآخر لإضطراب الإدراك هو الخداع ، والذي يرى به المريض أو يسمع صوتاً أو منبهاً ولكنه يدركه خلاف حقيقته ، فمن الأمثلة على الهلاوس أن يسمع الإنسان صوت ينادي أو يشتم أو ينتقد أو يعلق عليه ، دون وجود مصدر ، أو يرى صور لأناس أنوار وألوان غير موجودة ، أما الخداع فإن المريض قد يرى القلم على أنه مسدس ، أو الستائر على أنها أشباح وهكذا .

2- التفكير : يضطرب التفكير في الذهان في مختلف أشكاله فقد يكون هناك أوهام وهي معتقدات خاطئة راسخة ، لا تتمشى مع الخلفية الثقافية والإجتماعية للفرد ، ولا تقبل التغيير في النقاش والحوار المنتظم ، وقد تكون هذه التوهمات ذات طابع الإضطهاد ، العظمة ، الإشارة للذات ، العدم ، التوهمات الجسدية ، التوهمات في الندم ، وغيرها . كما أن التفكير قد يضطرب بالسرعة فإما أن

يتباطأ بشكل ملحوظ أو يتسارع ويكون هناك ضغط في تدفق الأفكار ، وفي بعض إضطرابات التفكير يفقد التفكير تواصله وترابطه وقد يصل إلى درجة يكون فيها المريض غير قادر على توصيل الفكرة .

3- **السلوك** : إن الجزء الملاحظ في مريض الذهان لمن حوله هو السلوك ، وقد لا يستطيع أفراد الأسرة ومن حول المريض معرفة وجود الهلاوس والأوهام ، ولكن بمقدرتهم ملاحظة العزلة ، الإهمال ، الصمت ، أو كثرة الكلام ، الشك ، والخوف ، قلة الطعام ، قلة النوم ، عدم الرغبة في ممارسة الهوايات والأعمال المطلوبة ، وعدم القدرة على الجلوس في مكان واحد أو الوصول إلى تصرفات طائشة ، كالخروج في أوقات غير مناسبة وبملابس غير مناسبة ، والذهاب إلى أماكن غير مألوفة للمريض وليست ذات علاقة بحياته وأعماله .

4- إضطراب الكلام : من المظاهر التي يمكن أن يراها ويسمعها من حول المريض ، إختلاف نبرة الكلام وأسلوبه وسرعته وترابطه ومحتواه ، وقد يبدأ المريض بالحديث بلغة غير مفهومة أو عن أشياء غريبة لم يسبق له ولا من حوله أن سمعوا بها .

5- **القدرات العقلية** : ليس من المفترض أن تتأثر القدرات العقلية في حالات الذهان الحاد ، ولكن انشغال المريض بالأوهام والأفكار ، يجعل تركيزه ضعيف وقدرته على الإنتباه ضعيفة مما قد يؤدي إلى التشويش على القدرات العقلية أنياً .

ويمكن في حالة الذهان الحاد والتي تشخص عادة كتشخيص مبدئي أن تأخذ أحد المسارات التالية :

1- **الذهان الحاد العضوي**: ويتميز بأن هناك درجة تعتيم للوعي وتكون ناتجة عن إضطرابات مرضية مختلفة كالتهاب الدماغ و السحايا ، أو إضطراب التمثيل الغذائي والصوديوم والبوتاسيوم. في الدم، أو حالات هبوط وظائف الأعضاء الرئيسية مثل القلب والكبد والكلى، إضافة إلى إمكانية حدوث الذهان الحاد كردة فعل. لبعض المواد المخدرة والمؤثرات العقلية والمنشطة المهلوسة ، ومثل هذه الحالات غالباً ما تنتهي بمعرفة السبب ومعالجته .

2- **إضطرابات المزاج** : قد تحدث إضطرابات المزاج على شكل حالات ذهان حادة ، فيكون هناك إكتئاب شديد مصحوب بهلاوس تصل لمحاولة الإنتحار

أن النفس كما هي معروفة الآن هي مجموعة من المراكز في الدماغ ، تقوم بتنظيم الوظائف النفسية المختلفة ، وبالتالي إذا أراد هؤلاء حلاً لهذا الإشكال فإن النفس جزءاً من الدماغ وبالتالي جزءاً من الجسد

والقتل رأفة بمن يحب ، أو من الممكن أن يكون الذهان الحاد هو حالة من الزهو ، والتي هي الشكل المعاكس للإكتئاب وفيها يزداد النشاط والحركة والكلام و الإعتزاز بالنفس وأوهام الغرور والإنفاق ببذخ والتبذير ، وعدم القدرة على السيطرة على التصرفات والمسلكيات طبقاً للشخصية مما قد يؤدي بمواقف محرجة وخطرة وتكثر مشاريع المريض وطموحه ، وقد يصطدم بمن يحاول منعه .

3- **الفصام** : قد يبدأ الفصام العقلي بأشكاله المختلفة على شكل حالة ذهان حادة . فيها إضطرابات الفصام المختلفة من أوهام و هلاوس وإضطراب سلوك وتغير في الشخصية والكلام والتدهور في أداء الوظائف ، ولكن من الصعب إن يحكم على الفصام حكماً قطعياً إلا بعد مرور فترة كافية من المراقبة والعلاج يتم فيها تثبيت التشخيص ، واستبعاد أي أسباب أخرى للحالة .

4- **حالات الذهان القصيرة:** وهذه الحالات قد تنجم عن أسباب خارجية مهمة، تؤدي إلى ردة فعل شديدة ذهانيه ، لكنها تنتهي خلال فترة وجيزة في أغلب الأحيان، بضعة أيام ولا تتعدى الأسبوع وقد لا تحتاج إلى معالجات بعد ذلك.

5- **إضطرابات التوهم مثل الذهان الزوري:** والتي تكون الأعراض فيها على شكل مجموعة مترابطة متناسقة من الأوهام التي قد تصل في دقتها لدرجة إقناع الناس بها، ونادراً ما تكون إضطرابات التوهم حادة، وعلى الأغلب أن يكون قد بدأ منذ مدة طويلة ولكنه لم يكن ملحوظ وتفاقم بشكل حاد وسريع لظروف خاصة.

التشخيص:

يتم تشخيص الذهان الحاد من قبل طبيب مختص بعد معرفة السيرة المرضية وتطور الحالة والقيام بفحص المريض نفسياً وعصبياً وجسدياً، وإجراء الفحوصات المخبرية و الشعاعيه اللازمة، كما قد يتطلب الأمر القيام ببعض الإختبارات النفسية حسب الحاجة لتحديد نوع الذهان الحاد ومساره المتوقع والعلاج المطلوب.

النفس هي شبكة الأعصاب والمشابك العصبية والخلايا العصبية التي تتعامل مع بعضها البعض كيميائياً ، بينما الروح لا يستطيع العلم التدخل بها وما الروح إلا من علم ربي

العلاج:

بناءً على التقييم الذي يقوم به الطبيب، فإن هناك شقين للعلاج:

1. التعامل الفوري والسريع اللازم مع الحالة مما قد يتطلب إدخال المريض إلى مستشفى وإعطائه مضادات الذهان فوراً في الفم أو العضل أو الوريد للسيطرة على الموقف وعدم السماح بتفاقم الحالة وعواقبها على الفرد والأسرة والمجتمع، بغض النظر عن موافقة المريض أو رفضه.

2. يبدأ الطبيب فوراً بإجراءاته لمحاولة تحديد نوع الذهان والخطة التي سيتبعها خلال الأسابيع والشهور القادمة. وهذا قد يتم خلال فترة إقامته في المستشفى، فقد تكون حالة ذهان ناتجة عن تذبذب نسبة السكري في الدم، وبعد تسوية وضع السكر للمريض لا يكون هناك حاجة للمعالجة النفسية أو المتابعة، كما أن بعض الحالات مثل رد الفعل الذهاني القصير قد لا تتطلب متابعة سوى فترة بسيطة، في حين أن إضطرابات المزاج قد تتحسن في فترة أسابيع ولكن يبقى هناك ضرورة لأخذ الإحتياط لمنع تكرار الحالة، سواءاً كانت إكتئاب أو زهو أو كلاهما معاً، وفي الحالات التي يثبت أنها فصام عقلي. فلا بد من الأخذ بالإعتبار ضرورة متابعة العلاج لفترات طويلة نوعاً ما للوقاية، ثم ترقب الأعراض السلبية للفصام.

يعتقد المواطن العربي حتى المثقفين منهم أن الأمراض النفسية شئ نادرة الحدوث وقليل ولا أهمية له

ومن الملاحظ أن كثيراً من حالات الذهان الحاد لا تصل إلى الأطباء الإختصاصيين في هذا المجال فوراً. إذ قد تتأخر في تردد الأهل كون الحالة مفاجئة وأن المريض كان بألف خير قبل أسبوع، أو لأن العائلة تلجأ للمشعوذين والذين يعطوا آراء وعلاجات قد تساهم في تفاقم الحالة، وأحياناً يلجأ ذوي المريض إلى المستشفيات العامة والأطباء غير النفسيين مما قد يؤخر التحويل والوصول للطبيب النفسي.

12 -الإكتئـــاب النفســـي

مظاهر الإكتئاب:

تكدر المزاج وهبوطه، وعدم الإستمتاع، التشاؤم، ونقص النشاط والطاقة، كما أن مظهر المريض يتميز بالشحوب والإهمال والألوان القاتمة

وغياب الإبتسامة و التعابير التفاعلية كما يقل الماكياج وتصفيف الشعر. ينظر المريض عادة للأسفل ويقطب حاجبيه ويقل رمشه، وتتحني الأكتاف والرأس للأمام، كما تقل حركات الجسم التعبيرية.

التباطؤ النفسي الحركي(Psychomotor retardation)

يتحدث ويمشي المريض ببطء وكذلك فإن كلامه وتفكيره بطيء، وقد يأخذ برهة من الوقت قبل أن يجيب على السؤال، كما قد يتوقف أثناء الحديث لفترات تجعل إستمرار الحديث صعباً.

المزاج (Mood)

يكون بائساً لا يستجيب لتغير الظروف، كما هو الحال في الحزن الطبيعي، ويستطيع المريض عادة أن يفرق بين الحزن والكآبة، وقد يعبر بعضهم عنها بأنها سحابة سوداء تغطي عقولهم. يتمكن بعض المكتئبين من إخفاء تغير المزاج لفترات تطول أو تقصر حسب شدة الحالة.

الأمراض النفسية في مجموعها تصيب أكثر من خمس السكان وأن ذلك الإنتشار يؤثر على الخدمات ويرهق موازنات المؤسسات والدول إذا لم يكن هناك إنتباه له

القلق (Anxiety)

يرافق القلق النفسي الكآبة في كثير من الأحوال، وتختلط مظاهر القلق بمظاهر الإكتئاب، وقد تطغى عليها أحياناً، ومن المعروف أن القلق النفسي قد يظهر على شكل أعراض جسدية (صداع، دوخة، غباش العيون، صنين الآذان، جفاف الفم، ضيق النفس، ألم الصدر، سرعة ضربات القلب، الغثيان والقيء، إضطرابات القولون والهضم، آلام المفاصل والعضلات) والمظاهر النفسية للقلق (الخوف والرهبة، وتوقع حدوث شيء سيء، عدم تحمل الإزعاج والصوت). هناك مظاهر سلوكية للقلق (عدم إستقرار، عدم القدرة على الإسترخاء، إضطراب النوم، والصحو في منتصف الليل، التجول بلا هدف داخل البيت مع إزدياد الإقبال على التدخين والمنبهات وغيرها من المؤثرات العقلية).

التهيج (Agitation)

وهو درجة شديدة من التوتر وعدم الإستقرار، قد تصاحب الإكتئاب النفسي أحياناً وتتشابه في مظهرها الخارجي مع القلق، إلا أنها أشد حدة وتعبر عن ضيق الصدر والملل الشديد أكثر من تعبيرها عن الخوف.

فقدان المتعة و الإهتمام

يفقد المكتئب حماسه لممارسة نشاطاته المعتادة وهواياته فيتوقف عن ممارسة رياضته المفضلة أو قراءة الصحف، ومتابعة برامج التلفزيون، كما بفقد الشعور بالراحة التي تعقب إنجاز عمل ما، وكل هذا يؤدي إلى إنسحابه من كثير من النشاطات الإجتماعية والعلاقات العامة، وعزوفه عن حضور المناسبات والأفراح والحفلات.

ضعف النشاط

إن ضعف النشاط يتفاوت من عدم الرغبة في القيام بالأعمال اليومية، والشعور بأن كل شيء حتى لو كان صغيراً هو عبء، إلى أن يصل في الحالات الشديدة لضعف الإنتاج اليومي تدريجياً حتى توقفه، فيتوقف الطالب عن دراسته، وقد يمتنع عن الذهاب للمدرسة أو الجامعة، كما تعجز ربة البيت عن تحضير وجبات الطعام أو تنظيف البيت، وتقضي يومها آسفة على نفسها باكية، تنظر حولها وتستغرب كيف أصبحت عاجزة عن أداء واجبات بسيطة، طالما قامت بها بمتعة ودون جهد أو تفكير، وليس من الغريب أن يتقدم المكتئب بطلب إجازة مفتوحة من عمله، أو يستقبل أو أن يقرر إغلاق مصلحته وشركته لشعوره بالعجز والفشل دون مبرر منطقي.

القلق النفسي على سبيل المثال يصيب 3% من السكان ، الأمراض الذهانية 3% ، الإكتئاب النفسي يتأرجح بين ما بين 5-8% ، إضطرابات الأطفال قد تتجاوز 10% ، كل هذه الأرقام غير معروفة وواضحة للناس

الأعراض البيولوجية:

وهي مجموعة من الأعراض الهامة في الاكتئاب، تشمل إضطراب النوم، فقدان الرغبة الجنسية، إنقطاع الدورة الشهرية، تغير المزاج خلال اليوم، فمن الشائع أن يشعر المكتئب بشدة الحالة في فترات الصباح المبكر، ويتحسن تدريجياً خلال النهار، حتى أنه في بعض المرضى يصل بهم الشعور مساءاً إلى حالة من الهدوء والطمأنينة توهمهم بأن المحنة قد انتهت، ولكن ما يلبث أن يتبدد هذا الإطمئنان مع ساعات الفجر الأولى عندما يستيقظ في ضيق شديد ويأس وسوداوية.

إضطرابات النوم:

عادةً يضطرب النوم في الإكتئاب، وغالباً ما يستيقظ المكتئب مبكراً بعد أن

يكون قد نام بسهولة في بداية الليل، قد لا يتجاوز نومه 3–4 ساعات وهناك فئة من المكتئبين يجدون صعوبة كبيرة في بداية النوم، خصوصاً أولئك الذين يعانون من القلق والتهيج وعدم الإستقرار، كما أن النوم يتقطع بحيث يصحو المريض عدة مرات في الليل منزعجاً، بعد أن يرى كابوساً فيه موت ورعب وتشاؤم، وحتى لو نام المكتئب فإنه لا يشعر بالراحة والإشباع المعتاد بعد الإستيقاظ، ومن المألوف أن يبدأ المكتئب نهاره متشائماً من يوم آخر، محملاً بالفشل والبؤس والنكد والإحباط.

لازال التحفظ والخجل من الطب النفسي ومراجعة الأطباء النفسيين يسود المجتمع العربي رغم الجهود المبذولة لتصحيح هذه المفاهيم

إضطرابات الوزن:

يفقد المكتئب شهيته للطعام مثلما يفقد شهيته لمعظم الأشياء في حياته، مما يؤدي عادة إلى هبوط الوزن، والذي يتراوح بين بضعة كيلو غرامات في الحالات البسيطة القصيرة، وقد يصل إلى أكثر من 20 كيلو غرام في الحالات الشديدة، ويبقى جزء بسيط من المرضى لا يتأثر وزنهم رغم فقدان شهيتهم، إلا أنهم يتناولوا الطعام كواجب ويقل نشاطهم مما يبقى الوزن على حاله، والفئة القليلة من المرضى الذين يزداد نومهم ، فعلى الأغلب يزداد أكلهم و وزنهم، وهذا أكثر شيوعاً في النساء، ويسمى الإكتئاب في مثل هذه الحالة الإكتئاب غير النموذجي (اللانمطي) .

الأفكار التشاؤمية:

يلعب التفكير دوراً مهماً في تشكيل المزاج، فينظر المريض لحاضره من منظار أسود قاتم، فيرى نفسه فاشلاً لا يثق في قدرته على القيام بأي عمل، ويرى الجانب السيء من أي حدث لو كان الحدث سعيداً، ويميز التفكير الإكتئابي النظرة المستقبلية، يتوقع المريض أسوأ الإحتمالات، ويرى الفشل نصب عينيه ويحسب للخسائر المادية والمعنوية التي قد تلم به وبعائلته، والتدهور المحتوم في صحته، مما يدفعه للتفكير بأن لا ضرورة لهذه الحياة وهذا العذاب وأن الموت هو الأفضل، مما يترتب عليه أن يفكر المريض بالخلاص من هذه الحياة والإنتحار وقد يتردد لأن هذا حرام أو خوفاً على من يحب، إلا أنه في الحالات الشديدة قد يصل في تفكيره السلبي إلى أن إنتحاره لا بد وأن يسبقه قتل من يحب من أفراد أسرته تخليصاً لهم من العذاب، وهذا ما يسمى القتل رأفة بهم وهو أمر يستغربه الناس عندما يسمعوا بأن رجلاً قتل زوجته وأطفاله ثم إنتحر.

الأعراض الجسدية:

تتكاثر الشكاوي الجسدية لدى مرضى الإكتئاب، وخصوصاً في مجتمعنا الذي يميل للتعبير الجسدي أكثر من التعبير النفسي أو الإنفعالي، وقد يصعب على الرجل خصوصاً، أن يقول أنه حزين أو يائس ولكن من السهل عليه أن يشكو من آلام مختلفة كالصداع وألم المعدة والظهر والإمساك، ويزداد إهتمامه بصحته وتفاصيل الوظائف المختلفة لأجهزته.

هناك أعراض كثيرة متفرقة قد ترافق الإكتئاب مثل: تبدد الواقع، وتبدد الشخصية والأعراض الوسواسية والمخاوف المرضية، بالإضافة إلى الأعراض الهستيرية، ويشكو البعض من ضعف الذاكرة والتركيز والإنتباه، مما يثير خوفهم أنهم في الطريق لفقدان عقولهم وخصوصاُ في كبار السن حيث يظهر الإكتئاب في الشيخوخة على شكل خرف كاذب.

الإعتقاد بأن المرض النفسي هو ضعف في الشخصية ومن يقر بأنه يعاني نفسياً فهذا يعني عدم أخذ موقعه المفروض في المجتمع ، ولا يوجد إطلاقاً ما يسمى ضعف شخصية في مفهوم الطب النفسي

الإكتئاب المقنع (Masked depression):

يستعمل هذا التعبير أحياناً للدلالة على حالات الكآبة، التي لا يبدو فيها إضطراب المزاج واضحاً، حتى أن بعض هؤلاء قد يبالغوا في الإبتسام والضحك، كأنها حيلة نفسية دفاعية ضد الإكتئاب، وبالرغم من غياب إضطراب المزاج إلا أن كافة الأعراض والأفكار الأخرى تكون واضحة.

الإكتئاب الشديد:

في حالات الإكتئاب الشديد تكون جميع الأعراض سالفة الذكر على أشدها، كما أن هناك أعراض إضافية تظهر مثل الأوهام و الهلاوس ويسمى في حينها (الإكتئاب الذهاني). تكون الأوهام في الإكتئاب الذهاني منطلقة من نفس الأفكار، فقد يكون هناك توهم بالذنب كالإعتقاد بأن المريض هو السبب في كوارث عديدة حصلت في نطاق محيطة أو حتى في دول أخرى، دون أي ربط منطقي، وقد تصل هذه الأوهام إلى أن يتقدم المكتئب من الجهات الأمنية معترفاً بجرائم لم يرتكبها. وهناك (الأوهام المراقية) كالإعتقاد أنه يعاني من سرطان أكيد أو مرض خطير كالإيدز ولا يقبل نتائج الفحوصات خلال ذلك، وفي توهم الفقر يعتقد المريض أنه لا يملك قوت يومه، وقد يصل به الأمر إلى التسول والسرقة رغم أنه

يملك ثروة جيدة، ولا تنحصر الأوهام في ذلك، بل تتعداها إلى الأوهام الإضطهادية والعدمية والتي يعتقد فيها المريض بأن لا قلب له، أو أن أمعاءه أغلقت أو أن أحشائه في تعفن. وأوهام العدم هذه قد تمتد إلى خارج جسده فيشعر أن الحياة قد توقفت وأن المدينة خالية ولا يوجد غيره.

الهلاوس (Hallucinations):

كما هو معروف قد تكون سمعية بصرية، شميه، تذوقية أو حسية، وقد يسمع المكتئب أصواتاً تؤنبه وتوبخه وتدفعه للإنتحار أو لطلب الإعدام، وتأكد هذه الأصوات بأنه شيطان أو شرير أو أنه ميت، وفي حالات قليلة قد يرى المريض صوراً من جنازته أو يشم رائحة القبور مؤكداً أن هذا هو الموت بحد ذاته.

الإكتئاب البسيط :

في حالات الإكتئاب البسيط والتي تصل للطبيب العام على الأغلب لا تكون فيها أعراض الإكتئاب واضحة ومنفصلة، بل بسيطة مختلطة مع أعراض أخرى كالقلق والخوف والوسواس والهستيريا.

حسرة الحداد:

هي الشعور بالحزن والحسرة التي تعقب فقدان شخص عزيز بالوفاة، مما يؤدي إلى الصدمة وعدم التصديق في المرحلة الأولى، والتي قد تكون بضع دقائق إلى بضع أيام، يليها المرحلة الثانية والتي قد تمتد إلى ستة شهور أو سنة وتتشابه مظاهرها مع مظاهر الإكتئاب من حيث هبوط المزاج وفقدان القدرة على الإستماع والبكاء وإضطراب النوم والأكل، ويضاف إليها التفكير المتواصل بالمتوفى والشعور بضيق الصدر، قد يرافق ذلك الشعور بوجود ذلك المتوفي أو الإحساس به ورؤيته في البيت والشارع، مع العلم أنه غير موجود مما يثير الخوف بأنه قد فقد صوابه، وفي المرحلة الثالثة من حسرة الحداد، فإن الشخص يصل إلى التكيف والتعايش مع الأمر الواقع. ولا تتطلب هذه المراحل تدخلاً علاجياً بل إن إعطاء بعض المهدئات قد يؤدي إلى تأخيرها، إلى أنه في الحالات التي قد تطول فيها المراحل الأولى والثانية وتتضاعف مظاهرها مع الوقت بدل التحسن، تكون حسرة الحداد قد دخلت في مضاعفات أخرى كالإكتئاب أو القلق أو المخاوف المرضية، وأحياناً الزهو والحالات الذهانية.

الإعتقاد بأن المرض النفسي هو ضعف إيمان وبالتالي فإن البديل عن زيارة الطبيب النفسي هو تقوية الإيمان ، والواقع أن المرض هو ليس ضعف بالإيمان ، واللجوء لله عز وجل والصلاة والدعاء هي عامل مساعد في علاج المرض النفسي والغير نفسي دون أن يكون بديل عن العلاج الطبي

تصنيف الإكتئاب:

1. **التصنيف حسب السبب:**

أ. **الإكتئاب الداخلي والتفاعلي** (Reactive and Endogenous):

وهو تصنيف قديم إعتبر أن الإكتئاب إما أن يكون ناتج عن ظروف وأحداث الحياة ويعتبر تفاعلياً، أو أنه لا يرتبط بأي مشاكل خارجية وبهذا يعتبر داخلياً، إلا أن هذا التقسيم قد أصبح الآن غير دقيق ولا يتفق مع نتائج البحث العلمي، فهناك إستعداد داخلي للإكتئاب يتفاوت من شخص لآخر، وتلعب العوامل الخارجية دوراً لكل حالة إكتئاب وبدرجات متفاوتة.

ب. **الإكتئاب الأولي والثانوي** (Primary and Secondary):

وهذا التقسيم للتفريق بين الإكتئاب الذي يظهر إبتداءً في الحياة النفسية ويعتبر أولياً، والإكتئاب الذي يحدث على خلفية مرض نفسي آخر كالفصـــام العقلـــي أو الإدمان على الكحول والمخدرات وبعض الأمراض العضوية يعتبر ثانوياً.

2. التصنيف حسب الأعراض (Neurotic and Psychotic):

وفيه قسم الإكتئاب إلى إكتئاب عصابي و إكتئاب ذهاني، واعتبر أن وجـــود مظاهر ذهانيه تفصل الإكتئاب إلى هذين النوعين. وفي هـــذا التقســـيم إجحـــاف لأشكال الإكتئاب العديدة غير الذهانية التي أعتبرت عصابية، مع أنها متفاوتة في درجات قد تصل في الشدة إلى الإكتئاب الذهاني أو أكثر.

3. التصنيف حسب مسيرة المرض في عمر الإنسان:

أ. الإكتئاب أحادي القطب وثنائي القطـــب (Unipolar and Bipolar Affective disorder):

يشكل الإكتئاب جزءاً من إضطرابات المزاج التي تشمل الزهـــو (الهـــوس) والحالات المزاجية المختلطة، ولذلك اعتبر الإكتئاب أحـــادي القطـــب إذا تكـــرر كحالات إكتئاب دون أن يتخللها حالات من الهـــوس، وثنـــائي القطـــب إذا كـــان الإكتئاب يتناوب في حدوثه مع حالات من الزهو والحالات المزاجية المختلطة.

ب. الإضطراب المزاجي الموسمي (Seasonal Affective disorder):

هناك فئة من المرضى يتكرر عندهم إضطراب المزاج في نفس الوقت من

الاعتقاد بأن المريض نفسياً يحرم من حقوقه القانونية ويفقد أهليته ولا يرث ولا يستطيع أن يبقى مسؤولاً عن ماله ، وهذا أمر ليس صحيحاً

السنة، وقد يكون هذا الوقت هو الخريف أو الشتاء ثم يتحسن المريض في الربيع والصيف وفي حالات أخرى فإن الإكتئاب أو الزهو يتكرر مع تغير الفصول، وخصوصاً في بداية فصل الربيع وهذا الشكل من إضطراب المزاج قد يرتبط بأشعة الشمس وتأثيرها على إفراز الميلاتونين في الدماغ.

ج. الإكتئاب التراجعي (Involutional Depression):

وهو نوع من الإكتئاب يصيب الكهول ويتميز بالتهيج والأعراض المراقية (Hypochondriasis)، وكان هناك إعتقاد بأن هذا النوع من الإكتئاب له أسبابه الخاصة وتطوره المتفرد إلا أن هذا لم يثبت ذلك.

د. إكتئاب الشيخوخة (Senile Depression):

وقد كان هناك إعتقاد بأنه متميز عن باقي أشكال الإكتئاب بأسبابه وتطوره، إلا أن هذا لم يثبت أيضاً ولكن الثابت أنه أقل تجاوباً مع العلاج وقد يكون سريع الإنتكاس.

الإعتقاد أن العلاج النفسي هو إما تحليل نفسي طويل أو محدثات ، وهذا ليس صحيح فالمعالجة النفسية قد تشمل أدويه نوعيه مثل مضادات الاكتئاب ومضادات القلق ومضادات الذهان . وقد يرافقها علاج معرفي أو سلوكي أو نفسي أو عائلي

4. **التصنيف الدولي العاشر** ICD-10 :

صدر هذا التصنيف عن منظمة الصحة العالمية وقد قسم الإكتئاب إلى عدة أنواع:

- إنتكاسة إكتئاب (شديدة أو بسيطة).
- إضطراب مزاجي مزدوج القطب (مرحلة إكتئاب).
- إكتئاب متكرر (شديد، بسيط، متغير).
- إضطرابات مزاجية طويلة الأمد (إضطراب مزاجي دوري، تكدر المزاج).
- تشمل الأشكال الأخرى للإكتئاب سواء غير النموذجية أو المصاحبة لأمراض أخرى كالفصام.

5. **التصنيف الأمريكي الرابع** DSM 4:

صدر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي وقسم الإكتئاب إلى عدة أنواع:

- إنتكاسة إكتئاب كبرى.
- إضطراب مزاجي مزدوج القطب (مرحلة إكتئاب).
- إضطرابات إكتئاب أخرى كالإكتئاب المتكرر وتكر المزاج.

التشخيص التفريقي (Differential Diagnosis)

لابد من تمييز حالات الإكتئاب عن حالات الحزن العادية، كمـا أنـه مـن الضروري تفريق الإكتئاب عن الأمراض النفسية الأخرى، التي قد تبدي تشابه في المظهر مع الإكتئاب مثل:

1. **القلق النفسي:** يشترك القلق النفسي والإكتئـاب بإضـطرابات النـوم والطعام والرغبة الجنسية وضعف التركيز والضجر، إلا أن القلق النفسي يتميـز بالأعراض الجسدية المختلفة، والخوف والرهبة وعدم الإستقرار والتوتر، في حين يتميز الإكتئاب بالأفكار السوداوية واليأس والحزن الشديد والميل للإنتحار، فبينما يخاف مريض القلق من الموت والمرض يتمناه المكتئب. ومن الشائع أن يخلـط الأطباء بين هذين المرضين خصوصاً أنه كثيراً ما يكون لدى مريض الإكتئـاب بعض أعراض القلق، ولدى مريض القلق بعض أعراض الإكتئاب.

2. **المخاوف المرضية:** في حالات المخاوف المزمنة والشديدة قد يصـل المريض لحالة من الإكتئاب الثانوي، والذي يبدو واضحاً من تسلسل الأعـراض والسيرة المرضية، أنه قد تطور ليأس المريض من خروجه من حالات المخاوف المختلفة، كالخوف من الموت والخوف الإجتماعي و رهاب الساح، وفي حـالات الإكتئاب قد تظهر بعض المخاوف الثانوية، والتي يكون من الواضح أن تطورها جاء بعد أن إشتدت درجة الإكتئاب.

3. **إضـطراب الوسـواس القهـري** (Obsessive Compulsive Disorder): في هذا المرض تكون الأعراض الرئيسية فكرة أو صورة أو فعـل يتكرر رغم قناعة المريض بسخافته، ويلح على المريض ويقهره مثل أفكار الكفر والجنس والطهارة والنظافة، ومن الأمثلة الشائعة في هذا المرض هو تكرار غسل اليدين و الإستحمام بصورة مبالغ فيها، تصل إلى عشرات المـرات مـن غسـل اليدين أو بضع ساعات من الإستحمام، وحيث أن الوسواس القهري مرض مزمن فإنه قد يصل بالمريض إلى درجة اليأس والملل و الإستسلام والإكتئاب الشـديد، وعندها تختلط أعراضه بأعراض الإكتئاب، ولابد من التفريق بينهمـا لإخـتلاف أسلوب العلاج وتطور المرض، وفي حالات الإكتئاب قد تظهر بعض الأعراض الوسواسية إلا أنها تكون بسيطة وثانوية مقارنة بالأعراض الإكتئابية.

الطبيب النفسي مثل غيره من الأطباء يقوم بالتشخيص المبدئي وقد يطلب بعض الفحوصات وقد لا يطلب ، ويصل للتشخيص النهائي بعد ذلك يضع خطة العلاج ويعلم بها المريض أو ولي أمره

4. **الهستيريا:** إن مرض الهستيريا في الكثير من حالاته لا يكون منفصلاً نقياً، بل مرتبطاً بحالة نفسية أخرى كالقلق والإكتئــاب، وخصوصــاً إذا حــدثت أعراض الهستيريا للمرة الأولى في سن متقدمة وفي الرجال أكثر مــن النســاء، فالمعروف أن الهستيريا تحدث في الفتيات وتكون على شكل أعــراض جســدية تحويلية كالشلل أو فقدان النطق أو العمى الهستيري أو نوبــات الهســتيرية مــن الإغماء، وقد تكون على شكل أعراض تفارقيه عقلية كالشرود وتعدد الشخصــية وفقدان الذاكرة، والهستيريا أساساً هي حل لصراع نفسي داخلي وتحويله إلى هذه الأعراض مما يعطي مكسباً أولياً في تغيير مجرى الصراع وثانوياً في تعــاطف الآخرين، ويتسرع الأطباء أحياناً في تشخيص الهستيريا دون الخوض في تفاصيل أعراض إضطرابات نفسية أخرى قد تكون أكثر خطورة، فرجل في سن الخمسين يصل لقسم الطوارئ في نوبة هستيرية لا بد من أن يقيم بشكل مســتفيض نفســياً وعضوياً قبل الجزم بتشخيصه.

الإعتقاد بأن النفس هي الروح وأن الطب عاجز عن معرفة الروح وبالتالي النفس ، فكيف يكون هناك مرض نفسي إذن؟! والواقع أن الروح هي من علم الله أما النفس فهي جزء من الدماغ معروف طبياً

5. **الفصام العقلي** (schizophrenia): رغم أن أعراض الفصام العقلي من هلاوس وأوهام تكون على الأغلب واضحة في معظم الحالات، إلا أن هناك فئــة من مرضى الفصام تظهر عليهم إضطرابات سلوكية متشابهة مع الإكتئاب، مثــل العزلة والصمت وقلة النوم وفقدان الوزن وضعف التركيز، مما يوحي بأن الحالة هي إكتئاب نفسي، ولكن عند تقييم الحالة العقلية تظهر الأوهــام الإضــطهادية و الهلاوس السمعية وغيرها مما يدفع بالتشخيص نحو الفصام العقلي، وهناك إلتباس آخر يحدث في حالات الإكتئاب الذهاني والتي يكون فيها أوهام و هلاوس ولكنها تكون متطابقة مع الأفكار الإكتئابية والمزاج الهابط، مما يجعل إمكانيــة التفريــق بين الفصام العقلي و الإكتئاب الذهاني ممكنة.

6. **الخرف** (Dementia): تبدأ مظاهر خرف الشيخوخة المبكر أو غيــر المبكر بتباطؤ الحركة والإنفعال والتفكير والإنتباه، مما قد يوحي بالبداية حالة من الإكتئاب النفسي والتي يمكن إستثناءها بإختيار القدرات العقلية وخصوصاً الذاكرة والذكاء والمعلومات، وتكون هي محور التدهور في الخرف والسبب وراء مظاهر الخرف الأخرى، ولكن الصعوبة تأتي من أن بعض حالات الإكتئاب النفسي في

7. نهاية الخمسينات وبداية الستينات من العمر، قد تبدأ بصورة قريبة جداً للخرف، فيتأثر الإنتباه والتركيز والذاكرة ولكن هبوط المزاج يكون حاداً واضحاً بأنه يقف وراء هذه التغيرات، وفي بعض الحالات تبقى هناك صعوبة في التفريق بين الخرف والخرف الكاذب (الإكتئابي) حتى بعد إجــراء الصــور الطبقيــة أو تخطيط الدماغ أو الإختبارات النفسية، مما قد يدفع بالطبيــب المعــالج لمحاولــة تجربة العلاج بمضادات الإكتئاب والحكم على الحالة فيما بعد.

8. **الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية:** إن تعاطي هــذه المواد قد يؤدي إلى مظاهر شبيهة بالاكتئاب، مــن حيــث الخمــول والتقــاعس والإهمال والفشل، كنتيجة مباشرة لآثار هذه المواد على الجهاز العصبي، مما قــد يوحي للطبيب المعالج بأن المريض يعاني من الإكتئاب النفســي، خصوصــاً إذا أنكر المريض تعاطيه لتلك المواد وهذا أمر مألوف، كما أنه من الضروري القبول بأن الإدمان قد يؤدي إلى الإكتئاب الثانوي، وفي حالات الإكتئاب قد يلجأ بعــض المرضى لتعاطي مثل هذه المواد في محاولة يائسة لتغيير معاناتهم ومزاجهم مما يؤدي إلى تدهور حالتهم.

الطب النفسي لا يعالج بل يسكن و يهدئ ، وهذا خطأ فاحش وقد تكون الأمراض النفسية من أكثر الأمراض تجاوبا مع العلاج، بالمقارنة مع الأمراض الباطنية مثلا

إنتــشـــار الإكــتــئــــاب

تدل الدراسات البيئية على أن معدل إنتشار الإكتئاب يتراوح بــين 8 – 15 % من السكان يعانون من أعراض إكتئابية مختلفة، قد تكون بسيطة وعــابرة أو شديدة ومزمنة، ومن المعروف أن النساء يتفوقن على الرجال في هــذا المــرض بضعفين إلى ثلاثة أضعاف، كما أن الطبقات الإجتماعية والإقتصادية الأقل حظــاً هي الأكثر تأثراً بهذا المرض وكذلك المطلقين والمنفصلين. إن انتشار اضطراب المزاج مزدوج القطب هو 1% من السكان. فــي حــين أن انتشــار أنتكاســات الإكتئاب الكبرى أو الإكتئاب الشديد تصل إلى 6% من السكان وهذه النسب هــي ضمن النسبة العامة للإكتئاب (8 – 15%).

أســـبـــاب الإكــتــئـــــاب

إن الإنطباع العام لدى الناس هو بأن لكل حالة إكتئاب سبب واضح ومباشــر في حياة الفرد ومحيطه، مثل الخسارة المادية، الفشل الدراسي أو الوظيفي،

الطلاق،أو مشاكل العلاقات مع الناس،و لكن هذه النظـرة ليسـت علميـة و دقيقة.إذ أن عدداَ كبيراً من الناس قد يتعرض لنفس المؤثر ومع ذلـك لا يظهـر الإكتئاب إلا في نسبة قليلة منهم، وهذا يعني أن لـديهم إسـتعداداً فـي تكـوينهم البيولوجي والنفسي و الإجتماعي، وعليه فإنه يمكن القول بأن أسـباب الإكتئـاب عديدة، تتجمع لتحدث تغيراً في الناقلات العصبية الكيماوية في الدماغ وتؤدي إلى مظاهره السريرية المختلفة.

1. **الأسباب الوراثية:** خلال العقود الثلاثة الماضية كانت هناك دراسـات مكثفة لدور العوامل الوراثية لهذا المرض، وتبين بشكل قطعي أن هناك إستعداداً وراثياً يظهر بشكل واضح في بعض العائلات وخصوصاُ في حـالات الإكتئـاب الذهاني والإكتئاب الشديد.
2. **الشخصية:** دلت الدراسات والملاحظات على أن هنـاك أنماطـاً مـن الشخصية أكثر عرضة للإكتئاب من غيرها، فالشخصية الإكتئابية و الوسواسـية والمزاجية هي أكثر تعرضاً من غيرها.
3. **البيئة المبكرة:** تدل الدراسات المختلفة على أهمية السنوات الأولى من عمر الطفل في بنائه النفسي، وتأثير هذا البناء على إمكانية حدوث الإكتئاب في المسـتقبل، ومن الأمور الواضحة أن الحرمان من الأم يشكل نقطة ترجيح لصالح الإكتئاب فـي المستقبل، كما أن العلاقات مع الوالدين لها دور تلعبه سواء كانت هذه العلاقـة تتمثـل في الإهمال أو زيادة الرعاية و الإهتمام والصراعات بأشكالها المختلفة.
4. **العوامل المرسبة للإكتئاب:** ونعني بها أحداث الحياة المختلفـة والتـي تسبق ظهور الحالة مثل وفاة شخص عزيز، فقدان المال أو المنصب، أو التعرض لحوادث ومشاكل إجتماعية وقانونية، الشيء المؤكد أن حدوث الإكتئـاب يكـون مسبوقاً في كثير من الأحيان بأحداث الحياة المختلفة، حتى السعيد منها مثل النجاح و الترفيع و الزواج، و يجدر الإشارة أن الحدث الأخير الذي سبق الإكتئاب قـد يكون هو القشة التي قسمت ظهر البعير، فيكون هناك سلسلة طويلة من المشـاكل والمآسي والأحداث أرهقت كاهل الفرد، ووصلت به إلى الإكتئاب، وقـد يكـون للأمراض العضوية دور وخصوصاُ في الإلتهابات الفيروسـية وداء باركينسـون وإضطرابات الغدد الصماء.

كل مريض نفسي مجنون والمجنون بنظر الناس هو شخص لا يفهم شيء ولا يعرف شيء، وهذا أمر غير صحيح وليس هناك في تصنيفات الأمراض النفسية الجنون

5. **النظريات النفسية:** منذ بدأ فرويد أبحاثه في النفس ظهرت العديد من النظريات التحليلية لمحاولة تفسير هذا المرض، ولكنها لم تكن قادرة على الربط بين تحليلاتها النظرية والمظاهر الإكلينيكية للمرض، بتالي فقد ظهرت في ما بعد العديد من الإجتهادات السلوكية والتجريبية والمعرفية لتفسير هذا المرض، وكانت أكثرها إقتراباً من المنطق العلمي والعملي هي النظرية المعرفية التي وضعتها (بيك) والذي يقول بأن أسلوب التفكير هو الذي يؤدي إلى المزاج المكتئب بحيث يصل الفرد عند تعرضه لمشكلة ما إلى مثلث الإكتئاب، والذي تكون أولى زواياه (أنا سيء وفاشل) وثاني الزوايا (إن الناس سيئين ولا يكترثوا) وفي الزاوية الثالثة (لا أمل في المستقبل) ويدور الفرد في هذه النقاط مندفعاً نحو مزاج المكتئب، معمماً من هذه العبارات السلبية، وقد إكتسبت هذه النظرية أهمية خاصة لأنه بني عليها أسلوب العلاج المعرفي، والذي أعطى نتائج ممتازة في الإكتئاب النفسي.

6. **النظريات الكيماوية:** لقد تعددت وتشعبت هذه النظريات، ولكنها تركزت على الإضطراب والنقص الحاصل في أحاديات الأمين من الناقلات العصبية مثل الدوبامين والنور أدرينالين والسيريتونين، ومما يدعم هذه النظريات أن مضادات الإكتئاب الفعالة هي التي تعمل على زيادة هذه الناقلات العصبية في المشابك العصبية بوسائل كيماوية مختلفة.

إن علاج الأمراض النفسية هو مهدئ يدمن عليه الإنسان ويبقى عليه مدى الحياة، وهذا غير صحيح فلكل مرض برنامج علاجي و مدة محدودة ولا علاقة له بالإدمان

مسار ومآل (Course and Prognosis):

إن بداية مرض الإكتئاب قد تكون في أي عمر، وتتراوح مدة الحالة من بضعة أيام إلى عقد من الزمان، ويتميز الإكتئاب بالتقلبات و الإنتكاسات، وهناك نسبة من المرضى قد لا تتحسن حتى بعد سنين من العلاج، ويسمى بالإكتئاب المستعصي، ويلاحظ أن تحسن الإكتئاب أفضل في السن المبكرة منه في السن المتقدمة، ولابد من الملاحظة أن 11–17% ممن عانوا من الإكتئاب سينتحروا، وهذه النسبة لازالت أقل في بلادنا بسبب الوازع الديني والترابط الإجتماعي والأسري.

العـــــلاج:

ينقسم العلاج في الإكتئاب لعدة أنواع قد تستعمل معاً أو منفردة، ويعتمد إختيار العلاج على شدة الحالة، وطبيعة الشخص وظروفه وإمكانيات العلاج المتوفرة.

1. مضادات الإكتئاب:-

هناك عدد كبير من هذه الأدوية بدأت منذ الخمسينات وما زالت تتطور، ومنها الأدوية ثلاثية الحلقات، وهي الأقدم كما أن هناك أدوية رباعية الحلقة، ومضادات إكتئاب تتبع مجموعة مثبطات الأنزيم المؤكسد الأحادي ألأميني أو النوع الجديد منها وهو نوعي منعكس، وأحدث المجموعات هي مثبطات إعادة أخذ السيرتونين النوعية والأحدث منها هي التي تعمل على منع إعادة سحب كل من السيرتونين والأدرينالين. ومن الضروري أن نعرف أن الأنواع القديمة، هي متوفرة وأقل كلفة إلا أن لها أعراض جانبية عديدة، فقد تكون آثارها في الجرعات الزائدة خطرة، وأما الأنواع الأحدث فهي أقل في أعراضها الجانبية والسمية، ولكنها مرتفعة الكلفة، ومن الضروري أن يكون واضحاً للمريض بأن مضادات الإكتئاب لا تعطي مفعولاً فورياً، بل لا بد من الإنتظار فترة تتراوح بين أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع قبل أن يبدأ مفعولها، وهذا مما قد يجعل المريض يمل منها، خصوصاً إذا كانت الأعراض الجانبية كثيرة، هذا بالإضافة إلى أن الجرعة العلاجية يجب أن تكون كافية، وبعد أن يتحسن وضع المريض خلال 6-8 أسابيع، فإن هذا لا يعني إطلاقاً إيقاف العلاج، إذ أنه لا بد من الإستمرار في تعاطي مضادات الاكتئاب لفترة لا تقل عن ستة شهور بعد التحسن وقد تصل إلى سنة، وبجرعة منخفضة تدريجياً، وفي الحالات التي لا تستجيب للعلاج بالجرعة الكاملة بعد ستة أسابيع، فإن هناك مناورات علاجية عديدة لا بد أن تأخذ بعين الاعتبار. مثل إستعمال العلاج النفسي أو الكهربائي، وتغيير نوع مضاد الإكتئاب، أو إستعمال أكثر من نوع معاً، وقد يتطلب أحياناً إضافة عقاقير أخرى مثل الليثيوم أو الكاربامازيبين.

وإستعمال مثل هذه الأدوية يكون ضرورياً في إضطراب المزاج مزدوج القطب أكثر من أحادي القطب.

إن المرض النفسي ضعف وغباء ، وأن الإنسان القوي المتعلم لا يمرض نفسياً وهذا غير صحيح وليس هناك مناعة عند أحد من المرض النفسي

2. **العلاج بالإختلاج الكهربائي** Electroconvulsive Therapy:

بدأ استعمالها في الثلاثينات من هذا القرن (E.C.T.) على أساس الفكرة الخاطئة بأن الصرع والفصام لا يلتقيان، وبالتالي فقد بدأت المحاولات لإحداث نوبة صرع حتى تتحسن حالات الفصام. ولكن مع التجربة تبين أن الأثر الفعال لهذا العلاج هو للإكتئاب وليس للفصام، وفي البداية إستعمال عقار (كارديازول) لإحداث النوبة .

أصبح هذا العلاج يتم بعد إعطاء المريض التخدير العام ورخي العضلات، بحيث لا تحدث تشنجات قوية في العضلات. وبالأسلوب الحديث فإن الجلسة تشمل تمرير تيار كهربائي خاص لمدة ثلاث ثواني ومدة التخدير بضع دقائق، وتكرر الجلسة مرتين في الأسبوع، وقد يتطلب تكرارها 4–10 مرات وبالمعدل 6 مرات.

3. العلاج النفسي Psychotherapy:

وهو العلاج بالكلام والذي يكتسب أهمية كبرى في العلاج إما منفرداً أو مقترناً مع أنواع أخرى من العلاج، وهناك العديد من الأساليب للعلاج النفسي ومن أهمها في الاكتئاب:

- العلاج النفسي الداعم: وهو أبسط أنواع العلاج النفسي، ويشمل على تطمين ودعم المريض، وشرح حالته له، ومساعدته في فهم المرض وعلاجه، والتعامل مع المشاكل القائمة في حياته العملية أو الأسرية.
- العلاج النفسي الدينامي : وهو النوع الذي تطور عن التحليل النفسي ويشمل على جلسات أسبوعية لمدة ستة شهور مثلاً، تعمل على تحليل وفهم مشاعر المريض وعلاقاته، والربط بين المشاعر والسلوك، وهذا يتطلب خبرة وتدريب خاص لمن يود أن يقوم به.
- العلاج المعرفي : والذي يهدف إلى تغيير أسلوب تفكير المريض وبالتالي تحسين مزاجه، وقد أثبت هذا النوع من العلاج فعالية عالية.

إن المرض النفسي لا يمكن أن يكون سبب للألم مثل الصداع وألم الظهر وألم المعدة ، وهذا غير صحيح فهذه آلام غالبا ما تكون ذات منشأ نفسي وهذا لا يعني إنها غير موجودة

13- اضطراب الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive Disorder)

- **الوسواس:** هو أفكار أو صور، أو دوافع من داخل الفرد، ولكن يشعر أنها سخيفة ولا يريد التفكير فيها ويحاول مقاومتها ويفشل.
- **الطقوس القهرية:** هي أفعال متكررة لها هدف ولكن تكرارها هو رضوخ للوسواس، ويعتبر الشخص هذه الأفعال غير منطقية ويحاول مقاومتها ويفشل. وكان الإعتقاد السائد على مدى عقود أن هذا المرض من الأمراض النادرة المزمنة المستعصية، إلا أنه في العقدين الماضيين بدأت الصورة تتغير وتبين أن المرض أوسع انتشاراً، وأن العلاج ليس مستحيلاً وتجددت الآمال لدى الكثير من مرضى الوسواس.

- **انتشار المرض:** كان الإعتقاد السابق أن المرض يصيب 0,5 % من الناس، إلا أن الإنتشار الآن يقدر 1-2% من السكان، ويزيد المرض في العائلات التي يعاني بعض أفرادها منه، ويبدأ في الطفولة المتأخرة وبداية عمر الشباب، وغالباً لا يصل المريض للعلاج إلا بعد سنوات، ولا يعرف سبب مباشر لبدء المرض، ولكن يلاحظ أنه مع الوقت يصبح المرض وأعراضه أشد خصوصاً عندما يمر المريض بظروف نفسية صعبه ، ويعاني الكثير من مرضى الوسواس من أعراض الإكتئاب، وبعضهم من نوبات الفزع وكما أن هناك بعض الإرتباط بالقلق النفسي واضطرابات الطعام.

وصف المرض:

يعرف المرض بأنه وجود وساوس وأفعال قهرية تؤدي للإنزعاج وتؤثر على الشخص ، وتكون الوسوسة عبارة عن أفكار أو إندفاعات أو صور متكررة مقتحمة وصامدة رغم تمييزها على أنها سخيفة، كالعد وإعادة الوضوء والصلاة و الإستحمام وغسل الملابس بلا مبرر، لوجود أفكار حول النظافة والطهارة والنجاسة، أما الطقوس القهرية فهي الأفعال المتكررة بهدف وقصد ولكنها تلبية للوسواس، ولا تكون هذه الطقوس مفيدة للشخص، بل يتعذب أثناء أدائها. ويحاول المريض تجاهل الأفكار، مقاومتها أو التصدي لها، وفي العادة يكون لدى المريض أكثر من وسواس وأكثر من فعل قهري معاً، ويتردد هؤلاء المرضى في الإفصاح عن أعراضهم، وذلك لخجلهم من الأعراض، والخوف من ردة فعل الناس، والخوف أن يوصفوا بالجنون، ومع مرور الوقت تتحول الأعراض عند بعض الناس إلى نمط حياة وجزء من الشخصية. ويتميز الوسواس عادة أنه يتنافى مع طبيعة الشخص ، فالأم التي أنجبت طفلاً بعد سنوات من الإنتظار وتخاف عليه من النسيم ، تأتيها فكرة أنها سوف تطعنه بالسكين ، تخاف من السكاكين وتبتعد عنها وقد تحاول أن لا تختلي بإبنها وتحاسب نفسها بشدة على هذه الفكرة رغم استحالة تنفيذها ، وكذلك الشخص المتدين الذي يهمه رضا رب العالمين، وإتقان العبادات أكثر ما يهمه في هذه الحياة يكون الوسواس عنده مرتبط بالدين، فيأتيه دافع أن يسب الذات الإلهية أثناء الصلاة، أو عند قراءة القرآن الكريم أو كلما

أما كلمة ذهان فهي تعني مجموعة الأمراض التي يفقد فيها المريض إتصاله بالواقع ، و تضطرب لديه وظائف نفسية أساسية

دخل المسجد أو بدأ بقراءة الإنجيل أو دخل الكنسية. وكذلك الإنسان النظيــف المهتم بهندامه ونظافة طعامه ويخاف م الأمراض، هو الذي تأتيه وساوس النظافة والتلوث والتعقيم.

الشخصية الوسواسه:

وفيها يكون الشخص ميال للنظام والترتيب والدقة والحرص والتردد أحيانـــاً، والتخطيط المسبق والتأكيد على الأشياء، ومن الممكــن أن تتحــول الشخصــية الوسواسه إلى إضطراب الشخصية الوسواسه ، وفيه يكون هناك دقة مبالغ فيهـــا، وتكرار زائد وتردد بلا مبرر له، وبطء في الإنتاج، ومن النادر أن تتحــول إلـــى إضطراب الوسواس القهري.

الأسباب:

وهناك عامل وراثي في الشخصية الوسواسه وإضطراب الوســواس القهــري، وترتفع معدلات المرض في عائلات المصابين به 5 مرات، ونسبة الحــدوث فـــي التوائم المتشابهة هي 75% وغير المتشابهة 32%. وعبر العقود الماضية تطــوع العلماء لمحاولة تفسير المرض، ففسره فرويد بأنه توقف في التطور بين المرحلـــة الفميه والشرجية، أما النظريات المعرفية فتـــرى أن هنـــاك مشـــكلة فـــي تخـــزين المعلومات، ومن وجهة نظر سلوكية بأن الوساوس هـــي نتيجـــة إقتـــران الأفكـــار والدوافع والصور بالقلق، والأعمال القهرية تقترن بتخفيض القلق. أما على المستوى البيولوجي فمن الثابت أن هناك إضطراب في جهاز السيروتونين في الدماغ.

العـــــــلاج:

يشعر مرضى الوسواس القهري أنه من المستحيل على أحد فهم حـــالتهم، ولا يمكن أن يكون لها علاج وعندما يعلموا أن هناك علاج يريدون علاجـــاً فوريـــاً يتلقونه فيشفوا، وحقيقة الأمر أن علاج الوسواس يتطلب أن يتعـــاون المـــريض. والعلاج السلوكي من أكثر أنواع العلاج النفسي نجاحاً ويعتمد على الأعراض فإذا كانت طقوس فلا بد من منعها وإذا كانت أفكار لا بد من إيقافها.

ومن حيث الأدوية فإن عقار كلومبرامين (انا فرانيل) كان أول دواء ذو فعالية مضادة للوسواس، وحيث أن هذا العقار يمتاز بعمله على السيروتونين عن باقي

الأعراض البيولوجية:وهي مجموعة من الأعراض الهامة في الاكتئاب، تشمل إضطراب النوم، فقدان الرغبة الجنسية، إنقطاع الدورة الشهرية، تغير المزاج خلال اليوم

مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات ، فقد أنصب الإهتمام على مضادات الإكتئاب الحديثة، والتي تعمل على منع إعادة امتصاص السيروتونين بشكل خاص (SSRI). ولا يستعمل العلاج بالإختلاج الكهربائي إلا إذا كان المقصود من العلاج حالات الإكتئاب الشديدة وليس الوسواس، وفي الحالات الشديدة المستعصية قد يحول بعض المرضى للجراحة النفسية. وللطبيب العام دور عام في هذا المرض فبعض المرضى كثيري التردد على الطبيب العام، قد يلاحظ على السيدة أن جميع أطفالها يعانوا من حالات جلدية نتيجة الإكثار من المنظفات ،ة وإذا تمكن الطبيب من فتح الموضوع مع المريضة، فقد يتمكن من تحويله فالمرحلة الأولى من العلاج لابد وأن تتم من قبل الطبيب النفسي، ويمكن للطبيب العام المتابعة فيما بعد ودعم ما قام به الطبيب المختص.

من الشائع أن يشعر المكتئب بشدة الحالة في فترات الصباح المبكر، ويتحسن تدريجياً خلال النهار، حتى أنه في بعض المرضى يصل بهم الشعور مساءاً إلى حالة من الهدوء والطمأنينة توهمهم بأن المحنة قد انتهت، ولكن ما يلبث أن يتبدد هذا الإطمئنان مع ساعات الفجر الأولى عندما يستيقظ في ضيق شديد ويأس وسوداوية

14- الزهـــــــو الاكتئابـــــــي

المزاج من الوظائف النفسية الرئيسية والتي تعني درجة السعادة أو التعاسة التي يشعر بها الإنسان ، وكلنا يتأرجح مزاجنا بين وقت لأخر ويوم لأخر ولكن ضمن حدود بسيطة ومقبولة ، وهناك من الناس من يتصفوا بشخصيات مزاجيه يكون التأرجح عندهم أكثر وضوحاً وشده ولكنه لا يصل لحد المرض الذي يعطل الأداء للمهام اليومية ، أما عندما يتخطى إرتفاع أو هبوط المزاج الحدود ويؤثر على الإنسان وأداءه ووظائفه وحياته فهو الزهو الإكتئابي أو إضطراب المزاج مزدوج القطب (Bipolar Affective Disorder) .

وهذا الإضطراب يصيب ما يزيد عن 2% من البشر في سن مبكرة ويستمر على شكل نوبات قد تستمر بضع أسابيع أو بضع شهور ، وقد يكون التكرار كل بضع سنوات وفي هذا المرض ثلاث مراحل مختلفة .

- **المرحلة الأولى** وهي الزهو أو الهوس وفيها يرتفع المزاج ويشعر المريض بأنه في أحسن حال وقد تغلب على كل مشاكله ، ويكون لديه طاقه كبيره ونشاط زائد وكلام زائد وتدفق بالأفكار وتطاير من موضوع لأخر على سجع الكلام وليس المضمون ويشعر المريض بالقوة والعظمة ، وقد يتوهم أنه يملك الملايين من الدنانير ويبدأ بالتصرف على هذا الأساس ، ويتوارد في فكره العديد

- من المشاريع التي يرغب في تنفيذها ، وقد يصل فيه النشاط أن لا ينام ولا يتوقف عن الكلام و قد ينسى الطعام، وفي الحالات الأبسط يكون النوم قليـل والنشاط متواصل ، ومن الملاحظ أن المريض بهذه الحالة لا يكتـرث للقـوانين والأعراف والأخلاق وقد يتصرف بما يتنافى مع أخلاقياته هو ، مثل أن يـتهجم على فتاه أو أن تترك المرأة الحجاب وتخرج بملابس غير لائقـة ، وكـان هـذا المرض في العصور القديمة يؤدي للوفاة بسبب الإرهاق والتصرفات الطائشـة ، والمريض بالزهو قد يصبح عنيفاً إذا إعترضه أحد وحـاول منعـه مـن تنفيـذ مشاريعه ومخططاته الكثيرة المتشعبة ، والزهو قد يسبقه أو يعقبه إكتئاب.
- **المرحلة الثانية** من المرض هي الإكتئاب وهو نقيض الزهو فيه هبوط بالمزاج والشعور بالحزن واليأس والهم والغم وفقدان القدرة علـى الإسـتمتاع ، وفقدان القدرة على القيام بالعمل أو الدراسة أو أعمال البيت ، ويقل أكل المريض ونومه وحركته وتضعف ثقته بنفسه ويشعر بالصداع وألم الصدر والبطن والظهر ، ولا يرى من الأشياء إلا الجانب السلبي ويكرر التفكير بـالخلاص مـن هـذه المعاناة ويتمنى الموت ويفكر بالإنتحار وقد يقدم عليه ، ويشعر أنـه فقـد كـل إمكاناته وقدراته والأمل في التحسن ، وإذا كان قد مر بحالة زهو إرتكـب فيهـا الكثير من الأخطاء فتصبح هذه الأخطاء محط إهتمامه وتأنيب الضـمير ، وقـد يصل لتأنيب الضمير دون وجود مبرر لذلك ، ومن الحالات ما تكـون بسـيطة وقصيرة ومنها ما تكون شديدة وقد ترافقها أعراض ذهانيه كالهلاوس والأوهام ، فقد يشم المريض رائحة الموت وقد يسمع من يوبخه ويأمره بالإنتحـار أو يـرى الأموات في الأحلام وفي غير النوم ، وقد يصل الأمر به أن يرى جنازته.
- **المرحلة الثالثة** وهي مرحلة الإستقرار وفيها يعود المـريض للوضـع الطبيعي تماماً ، وتمتد لفترات قصيرة أيام أو أسابيع أو شهور وأحياناً سـنوات , وفي السنوات الأولى للمرض تكون هذه المرحلة هي الأطول ، ولكن إذا أهمـل المرض ولم يعالج ، فإنها تقصر تدريجياً وتزداد حالات الزهو و الإكتئاب فـي المدة والشدة والتكرار و هذه الحالة هي التي يهدف العلاج لإستمرارها .

الأفكار التشاؤمية:يلعب التفكير دوراً مهماً في تشكيل المزاج، فينظر المريض بالاكتئاب لحاضره من منظار أسود قاتم، فيرى نفسه فاشلاً لا يثق في قدرته على القيام بأي عمل، ويرى الجانب السيء من أي حدث لو كان الحدث سعيداً

وإذا ترك الزهو الإكتئابي بلا علاج فقد يكون له عواقب سيئة علـــى الفـــرد وأسرته ومجتمعه ولكن إذا عولج فإنه يستطيع الإستمرار بالحياة بصوره طبيعيـــه إلى حد كبير .

وتلعب الوراثة دوراً مهماً في حدوث هذا المرض كما أن للشخصية والأحداث الحياتية دوراً في مسيرته وآلية ، وعلاج المرض يقوم على مبدأ معالجة الحالـــة ألأنيه أذا كانت زهو أو إكتئاب والبدء بالمعالجـــة الوقائيـــة بمثبتـــات المـــزاج . والإكتئاب يعالج بمضادات الإكتئاب والتي لا يجوز أن تستمر بعد إنتهاء الحالـــة لأن هذه الأدوية قد تعمل على زيادة حدوث الزهو وزيادة شدته ، وأما في الزهو فلابد من إستعمال مضادات الذهان والتي يحب البعض تسميتها بالمعقلات لوقـــف الحالة وبعد إنتهاء حالة الزهو لا يكون على الأغلب هناك حاجه لهذه الأدويـــة ، أما مثبتات المزاج أو الأدوية التي تنظم المزاج فهي أملاح الليثيوم أو مضـــادات الصرع والتي يجب أن تستمر في المراحل الثلاث ، وقـــد تكـــون منفـــردة فـــي المرحلة الثالثة وهي الاستقرار ، وعلاج هذا المرض لا يوقف حتـــى لـــو ثبـــت المزاج لسنوات طويلة دون إنتكاس وكثيراً ما يخطئ المريض أو ذويـــه بإيقـــاف مثبت المزاج لأنه قد تحسن ولا يعاني من شيء ولعدة سنوات ، و ما هي إلا أيام أو أسابيع وأحياناً شهور حتى تعود دائرة المرض من الزهو للإكتئاب وهكـــذا ، والحالات البسيطة و المتوسطة هي الأكثر شيوعاً والتي تستقر بالعلاج ولا يبـــدو على المريض أي اثر للمرض ويكون تحت الإشراف النفسي المـــنظم ، وهنـــاك حالات شديدة في حدتها وسريعة في دورتها فلا يكاد يخرج المريض من الزهـــو فيدخل بالإكتئاب دون فتره إستقرار أو لفترات قصيرة مـــن الإســـتقرار ، وهـــذه الحالات تقتضي تدبيراً وعلاجاً أكثر دقه و تعقيد .

إن التطور الذي تم في معالجة هذا المرض في العقود الأخيرة كـــان تطـــوراً هائلاً ،ومازالت الخطوات متسارعة في البحوث التي تحاول معرفة الجينات ،التي تؤدي إليه وإمكانية الوصول لعلاج عن طريق الجينات وكـــذلك الأبحـــاث فـــي مضادات الذهان والإكتئاب ومثبتات المزاج تتسارع في مختلـــف إنحـــاء العـــالم وتبشر بحياة أفضل ورعاية أرقى لهؤلاء المرضى وذويهم .

تتكاثر الشكاوى الجسدية لدى مرضى الإكتئاب، وخصوصاً في مجتمعنا الذي يميل للتعبير الجسدي أكثر من التعبير النفسي أو الإنفعالي، وقد يصعب على الرجل خصوصاً، أن يقول أنه حزين أو يائس ولكن من السهل عليه أن يشكو من آلام مختلفة كالصداع وألم المعدة والظهر والإمساك

15- الهلـــــع (الفـــــزع)

إن إضطراب نوبات الهلع هو أحد أشكال القلق النفسي، وتتميز هذه النوبـــات بأنها هجمات من القلق الشديد المتكرر، المصحوبة بالشعور بحتميـــة المـــوت أو المرض الخطير، كالغيبوبة أو النوبة القلبية أو الجلطة الدماغية، ويترافـــق هـــذا الخوف مع مجموعة من الأعراض الجسدية، مثل خفقان القلب والضـــغط علـــى الصدر وسرعة التنفس، والشعور بالدوخة وتوقع الإغماء و الإرتجـــاف وضـــيق النفس، وقد يترافق ذلك أيضا مع الغثيان و الغباش في الأعين، والشعور بالخروج عن السيطرة على الجسم والعقل.

ولا تزيد شدة النوبة عادة عن بضع دقائق، ولكنها تترك المريض، وقد أصيب بالإنهاك والإعياء. وإذا تم فحصه سريريا ً، فغالبا لا يظهـــر ســـوى مؤشـــرات الخوف، مثل : زيادة ضربات القلب أو ارتفاع الضغط البسيط، وهي ناتجة عـــن نوبة الهلع وليست مسببة لها، ويعتبر هذا النوع من الإضطراب من إضـــطرابات القلق الشائعة، ويصل إنتشاره إلى 2,5% من مجموع السكان ، وهو أكثر حدوثاً بين الإناث من الذكور ، وهناك إعتقاد بأن إنخفاض النسبة بين الرجال قد تكـــون بسبب ترددهم بالإعتراف بالحالة ، أو لجوئهم لتعاطي الكحول والمهدئات لإخفائها أما الإرتفاع بين الإناث فقد يكون هناك دور للتغيرات الهرمونية ، و الإخـــتلاف الإجتماعي لدور المرأة في الحياة خصوصاً أن بعض النوبات من الهلع قد تـــزداد ما قبل الدورة الشهرية.

وغالباً ما يبدأ إضطراب الهلع في مرحلة الشباب بين العشـــرين والثلاثـــين مـــن العمر، ونادراً ما يبدأ فوق سن الأربعين، ويصف المرضى الحالة بأنهـــا بـــدأت دون سابق أحداث أو إنذار، وغالبا ما تبقى محفورة في ذاكرتهم يصـــعب نســـيانها. وفـــي بعض الحالات قد يكون ظهور نوبات الهلع مرتبط بإستعمال بعض المؤثرات العقليـــة كالحشيش الكوكائين و الإمفيتامين. وكما أثبتت الدراسات أن مرضى الهلع يكونوا قـــد تعرضوا لأحداث وضغوط مختلفة خلال الستة شهور السابقة لبداية الحالة.

إذا بدأت حالات الهلع في كبار السن فوق ســـن (65)، لا بـــد مـــن الأخـــذ بالإعتبار إمكانية وجود إضطرابات أخرى جسدية مثل: إضـــطرابات القلـــب، و الإهتمام بعمل الفحوصات الطبية الكاملة.

حسرة الحداد:هي الشعور بالحزن والحسرة التي تعقب فقدان شخص عزيز بالوفاة، مما يؤدي إلى الصدمة وعدم التصديق في المرحلة الأولى، والتي قد تكون بضع دقائق إلى بضع أيام، يليها المرحلة الثانية والتي قد تمتد إلى ستة شهور أو سنة وتتشابه مظاهرها مع مظاهر الإكتئاب

من المعروف أيضا أن هناك إرتباط بين قلق الإنفصال لدى الأطفال ونوبات الهلع ، كما أن هناك ازدياد في حالات الهلع في نفس أسرة المصاب ، وقد أثبتت الدراسات وجود عامل وراثي أيضا ، في نوبات الهلع كما هو الحال في إضطرابات القلق الأخرى.

الوصف والتشخيص التفريقي

عادة ما يبدأ إضطراب الهلع بنوبة تلقائية ، تقود صاحبها للبحث عن الرأي الطبي فقد يصل للطوارئ في أحد المستشفيات، معتقداً أنه أصيب بنوبة قلبية أو جلطة دماغية ، أو أنه سيفقد صوابه أو أن هناك مرضاً خطيراً آخر ألمَّ به يريد معرفته ، وبعد إجراء الفحوصات الطبية المختلفة و تطمين المريض تكون النوبة قد انتهت ، ويذهب على أمل أن هذا عارض لن بتكرر ، مما يجعل المريض يتردد على الأطباء و الطوارئ فمن طبيب أمراض القلب للتأكد من عدم وجود مشكلة في القلب، إلى تخطيط الدماغ والتصوير الطبقي ، وتنظير المعدة وزيارة الاختصاصين بشكل مرهق ومكثف ، قد يكلف المريض أو التأمين الصحي آلاف الدنانير.

وعلى الأغلب فإن المريض يقدم الطبيب فقط أحد الأعراض مثل ألم الصدر أو ضربات القلب أو إحساس بالدوخة ، ومع ظهور النتائج الطبيعية للفحوصات يزداد المريض خوفاً و إضطراباً ويصبح هاجسه الدائم ، النوبة القادمة ومتى ستأتي ؟ وكيف ستأتي؟ وأين ستأتي ؟ ، و ماذا يمكن أن يحل به لو لم يستطع الوصول للطبيب بالوقت المناسب؟ ، وقد تحدث النوبات خلال النهار أو توقظ المريض من نومه، وقد يتطور لدى المريض خوف من الأماكن أو المواقف التي حدثت فيها النوبات ، مثل أن تحدث النوبة أثناء قيادته السيارة ، فيتردد بعد ذلك في أن يقود سيارته ، أو الدخول إلى سوبر ماركت أو دار للسينما أو مسرح ، ويصبح شغله الشاغل في أي مكان يتواجد به المخرج وكيف السبيل للهروب فيما لو ألمت به نوبة هلع؟؟، فتجده في المسجد يصر على أن يكون في الصف الأخير وفي مسرح أو سينما قرب المخرج ، وهذا قد يعيق حياته اليومية ويتطور لديه "رهاب الساح"، وهو الخوف من الأماكن المفتوحة والمزدحمة مما يعيق عمله أو

الإكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب Unipolar) and Bipolar Affective :(disorder يشكل الإكتئاب جزءاً من إضطرابات المزاج التي تشمل الزهو (الهوس) والحالات المزاجية المختلطة

دراسته وحياته اليومية ، وقد يتردد هؤلاء المرضى كثيراً في إستشارة طبيب نفسي، رغم النصائح المتكررة بذلك من قبل الأطباء على إعتبار أن ما يشعر بـــه شيئاً عضوياً وليس وهماً، وهم بالحقيقة يشعرون بهذه الآلام والإضطرابات إلا أن سببها نفسي وليس عضوي.

ويمكن تلخيص أعراض نوبة الهلع ، وهي فترة محددة من الخوف الشـــديد و الإنزعاج فيها أربعة على الأقل من الأعراض التالية ، تحـــدث بشـــكل مفـــاجئ وتصل ذروتها خلال عشر دقائق:-

1- الخفقان والشعور بزيادة ضربات القلب، أو قد يصفها المريض بأن قلبه يهوي.
2- التعرق.
3- الإرتجاف.
4- الشعور بالإختناق وصعوبة التنفس .
5- الشعور بالضغط على الرقبة والقصبة الهوائية.
6- آلام في الصدر أو إنزعاج في الصدر.
7- الغثيان وآلام البطن و الإنتفاخ.
8- الشعور بعدم التوازن أو خفة الـــرأس ، الـــدوخان، وغالبـــاً يصـــفها المريض بأنه يشعر بأنه سيدوخ.
9- تبدد الواقع، وهو الشعور بأن البيئة المحيطة قد تغيرت وكأنها ليســـت هي ، مع يقينه بأنها لم تتغير ، وكذلك تبدد الشخصية وفيه الشعور بأن الشـــخص كأنه ليس هو مع تأكده بأنه هو.
10- الخوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
11- الخوف من الموت.
12- الخدران وتنميل الأطراف.
13- الإرتجاف برداً أو الشعور بهبات ساخنة.

أما التشخيص التفريقي للهلع، فلا بد أن يشمل ما يلي :

1) حالات القلق النفسي الناتجة عن أسباب عضوية ، مثل زيـــادة إفـــراز الغدة الدرقية .

الإضطراب المزاجي الموسمي (Seasonal Affective disorder):

هناك فئة من المرضى يتكرر عندهم إضطراب المزاج في نفس الوقت من السنة، وقد يكون هذا الوقت هو الخريف أو الشتاء ثم يتحسن المريض في الربيع والصيف

2) القلق الناتج عن إساءة إستعمال المـواد المختلفـة ، كالكـافيين ، و الكوكائين ، و الإمفيتامين .

3) الأعراض الإنسحابيه من الكحول والمهدئات والمنومات.

4) القلق العام .

5) المخاوف المرضية المختلفة .

6) الأمراض العضوية التي قد يظهر معها أعراض شبيهة بنوبات الهلع ، مثل أورام الغدة فوق الكلوية ، وإضطرابات الغدة الدرقية ، ونقص السكر فـي الدم.

7) في الحالات التي تظهر فيها أعراض الجهاز الهضمي بشكل واضح، لا بد من تفريق الهلع عن أمراض القولون المختلفة وأمراض المعدة

8) لابد من تفريق نوبات الهلع عن إضطرابات القلب ، وتسارع نبضـاته وإضطراب و تيرته ، و إستثناء كافة الأمـراض الخاصـة بالجهـاز التنفسـي والجهاز البولي.

9) يجب تفريق نوبات الهلع بالأعراض المختلفة في الرأس مـن الدوخـة والشعور بخفة الرأس ، وتبدد الواقع وتبدد الشخصية وخدران الأطراف ، عـن الأمراض العصبية المختلفة .

قد يبقى إضطراب الهلع منفرداً متكرراً لوحده ، يصاحبه قلـق التوقـع قـد يتطور لدى مرضى الهلع "رهاب الساح" الذي يسمى (Agoraphobia) ، كمـا أن بعض الحالات تصل إلى القلق العام ، ففيما بين النوبات يعاني المريض من أعراض القلق سواء الجسدية أو النفسية أو السلوكية، وليس مـن الغريـب مـع مرور الوقت ويأس المريض من كثرة مراجعة الأطباء أن يصل إلى حالـة مـن الإكتئاب واليأس، حتى أن خوفه من الموت قد يصبح تمني للموت ، ويلجأ بعض المرضى لتعاطي المهدئات والكحول لمحاولة يائسة لحل المشكلة.

أسباب الهلع

مثل غيره من الإضطرابات النفسية فإن إضطراب الهلع ينتج عن مجموعـة من الأسباب منها وراثي ، ومنها ما هو مرتبط بأحداث الحياة المختلفة ، وكل

الإكتئاب التراجعي (Involutional Depression): وهو نوع من الإكتئاب يصيب الكهول ويتميز بالتهيج والأعراض المراقية (Hypochondriasis)

إكتئاب الشيخوخة Senile) Depression)؛ وقد كان هناك إعتقاد بأنه متميز عن باقي أشكال الإكتئاب بأسبابه وتطوره، إلا أن هذا لم يثبت أيضاً ولكن الثابت أنه أقل تجاوباً مع العلاج وقد يكون سريع الإنتكاس

هذا يصب في حدوث تغيرات كيماوية في الجهاز العصبي، تجعل هناك آلية لحدوث النوبة . وفي عدد من التجارب تبين أن إعطاء المريض جرعة بالوريد من صوديوم لاكتيت **(Sodium Lactate)** يؤدي إلى حدوث الحالة ، ويعتقد أن هرمون الأدرينالين والسيروتون يلعبان دوراً في نوبات الهلع، وتلعب التفسيرات السلوكية دوراً في توضيح حدوث حالات الرهاب المصاحبة ، في حين أن النظريات التحليلية القديمة كانت تعتبر أن الهلع ناتج عن عدم القدرة على كبت بعض المشاعر غير المستحبة .

العلاج

لابد من التأكيد على أن معظم مرضى الهلع لا يصلوا للطبيب النفسي إلا بعد فترة طويلة وبعد أن تكون الحالة تشعبت وتعقدت، وقد دلت إحدى الدراسات الأمريكية أن معدل مرضى الهلع في الولايات المتحدة الأمريكية يدفع 20 ألف دولاراً قبل وصوله للطبيب النفسي ، و بإعتقادي أن بعض مرضانا قد دفعوا مثل هذا المبلغ وأضعافه ، وهم يرفضون فكرة الذهاب للطبيب النفسي ويرفضون أي تفسير لحالتهم بأنها نفسية ، وأن شعورهم بضربات القلب أو ألم الصدر أو المعدة هو ألم حقيقي، ولا بد من التنبيه هنا على أن أسلوب تحويل هؤلاء المرضى للطبيب المختص لا بد أن يكون مبنياً على توضيح علمي منطقي يقبله المريض وهذا التوضيح بأن هذه الآلام والمشاعر هي موجودة فعلاً ولكنها ليست ناتجة عن أمراض عضوية بل عن إضطراب الهلع ، وعند البدء بمعالجة مريض الهلع، لا بد من الإتفاق معه على بعض الشروط العملية :-

1) قناعته بالتشخيص ، وعدم سعيه لمزيد من الفحوصات و الإستشارات .

2) التوقف عن زيارة الأطباء والطوارئ والمختبرات والمشعوذين على أن ظهور أي أعراض جديدة سيتم فرزها من قبل الطبيب النفسي وإذا لم تكن تابعة للحالة ، يقوم الطبيب النفسي بتحويله للطبيب المعني .

3) يجب أن يتعلم المريض أسلوب الإسترخاء ، وهو الأسلوب الأصح لمقاومة نوبة الهلع عند حدوثها بتقصيرها والسيطرة عليها.

4) عدم إتخاذ أي إحتياطات للنوبة مثل حمل بعـض الأدويـة ، وعـدم الإبتعاد عن المستشفيات والعيادات، والرغبة في وجود شخص يرافق المـريض طول الوقت. كل هذه الإحتياطات يجب إلغاءها ، لأنها بشكل أو آخـر تعـزز الوهم بأن النوبة ستقضي عليه ، ما لم تكن هذه الإحتياطات قائمة.

5) على مريض الهلع أن يمارس حياته الطبيعية ويتحدى كـل المواقـف والأماكن والأشياء التي قد تؤدي للنوبة، بما في ذلك التفكير فيها ، فكثيراً ما تجد المريض يفتقد النوبة أنها لم تحدث منذ أيام ، " لعلها ستحدث الآن ...نعـم إنـي أشعر الآن ببعض الإختناق ... إنه يزداد .. ها هي قد جاءت وتحدث"، وطالمـا أن المريض يعلم أن بإمكانه إحداث الحالة ، يجب أن يطمئنه هـذا أن بإمكانـه أيضاً (إلغاءها بالتحدي ، وأنني لا أكترث وأني أعلم بأن هذه نوبـة هلـع وقـد حدثت سابقاً، ولم تؤدي لأي نتائج خطيرة وأسـتطيع أن أتحملهـا وأتجاوزهـا وسِأمضي في عملي دون توقف).

أما الخطة العلاجية التي يضعها الطبيب المختص بعد أجـراء الفحوصـات الكاملة وأخذ السيرة المرضية والفحص السريري و إستبعاد أية أمراض أخـرى فتشمل:-

أولاً: العلاج بالعقاقير والأدوية المضادة للقلق والمضادة للهلع، وهي كثيـرة ومتوفرة وقد تطورت في العشر سنوات الأخيرة بشكل هائل .

ثانياً : العلاج السلوكي والمعرفي وفي النوعين من العلاج النفسي، معالجة لأفكار المريض و تحليلاته عن الأعراض المختلفة ، كمـا أن فيهـا تعليمـات سلوكية مهمة حسب الحالة وشدتها ، ولا يمكن الإنتهاء من نوبات الفـزع دون تعاون المريض في هذين النوعين من العلاج النفسي.

ومن الجدير بالذكر أن هناك خمسة مؤشرات على الطبيب العـام والطبيـب الإختصاصي غير النفسي ملاحظتها ، لإلتقاط حالات الفزع وتحويلها للطبيـب المختص وهي :-

1- الإشتباه بنوبات الهلع عند المرضى الذين يأتوا بأعراض جسدية مختلفـة مفاجئة دون وجود سبب عضوي .

يشترك القلق النفسي والإكتئاببإضطرابات النوم والطعام والرغبة الجنسية وضعف التركيز والضجر، إلا أن القلق النفسي يتميز بالأعراض الجسدية المختلفة، والخوف والرهبة وعدم الإستقرار والتوتر، في حين يتميز الإكتئاب بالأفكار السوداوية واليأس والحزن الشديد والميل للإنتحار

2- إن الإستماع للوصف الدقيق للحالة وسرعة حـدوثها و إنتهائهـا هـو المؤشر الرئيسي في التشخيص.

3- بعض المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع والإكتئاب، عند إعطائهم مضادات الإكتئاب فإن نوبات الهلع تزداد في المرحلة الأولى وهذا يجب أن يثير إنتباه الطبيب العام.

4- إن مهدئات البنزوديازبين قد تلزم بجرعات عاليـه لا تتناسـب وخبـرة الطبيب العام.

5- لا بد من الإنتباه لأي مشاكل نفسية أخرى قد ترافق الهلع مثل القلق العام والإكتئاب والإدمان على الكحول والمهدئات ، والـذي يعقـد الحالـة ويتطلـب التحويل السريع.

إضطراب الهلع يتجاوب مع العلاجات الدوائية والنفسية، وغالبا ما تنتهي النوبات خلال أسابيع أو شهور ، وتخف حدتها تدريجيا ثم تتلاشى ، ولكن يجب الأخذ بالإعتبار أن مدة العلاج بعد التحسن لا تقل عن سنة، وفي بعض الحالات الطويلة المعقدة المتشعبة قد يتطلب العلاج أكثر من ذلك.

معدل إنتشار الإكتئاب يتراوح بين 8 – 15 % من السكان يعانون من أعراض إكتئابية مختلفة، قد تكون بسيطة وعابرة أو شديدة ومزمنة، ومن المعروف أن النساء يتفوقن على الرجال في هذا المرض بضعفين إلى ثلاثة أضعاف

16- التحـدث أمـام الجمهـور

إن الشعور بالتوتر والقلق قبل إلقاء كلمة أو محاضرة أمـام الجمهـور أمـر طبيعي ، وهذا أيضا ينطبق على مقابلة مهمة ، أو إجتماع عائلي أو إداري تكون فيه محط الأنظار . ومن المعروف أن شيء من القلق والخـوف يكـون دافـع للتحضير والتركيز والأداء الجيد ، أما إذا إرتفعت درجة التوتر فقد يـؤثر هـذا على الأداء ، ومن المفيد أن نعرف أن الناس تتفاوت حسب شخصياتها في القدرة على الحديث أو المواجهة الإجتماعية.

ويلعب في ذلك التربية والوراثة والخبرة ، ولا شك أن الخبرات السلبية فـي عمر مبكر ذات أثر سلبي على الفرد، فإذا كان يقمع من والده ومدرسه ومن كل من حوله ، أو يتم الإستهزاء بأدائه في الجامعة أو في جلسة إجتماعية ، فإن هذا سيزيد من التوتر ويصل الأمر بالفرد لتجنب وتحاشي هذه المواقف ، وهذا يجعل المواجهة أكثر صعوبة ورهبه. أما من يعتاد من طفولته على الكلام أمام الأهل

والضيوف ثم في الصف وأمام المدرسة بالإذاعة المدرسية ويشجع للمشاركة بالرأي فلا شك أنه سيستفيد من تراكم الخبرة.

ولذلك يجب أن لا يضيع الإنسان أي فرصة في مواجهـــة الجمهـــور ، ولا يعتذر ولا يتجنب ، وإذا طلب منه إلقاء محاضرة أو بحـــث أو خطـــاب فيتبـــع النصائح العشرة التالية:

1- معرفة المكان وأدواته : وهذا يتطلب الحضور مبكرا للتآلف مع المكان.
2- معرفة الجمهور: إن وجود وجوه مألوفة بين الجمهور يســـهل المهمـــة ويجعلك تشعر بأنك تحدث أصدقاء لا غرباء.
3- حضر موضوعك بعناية: لتكون واثق من أدائك ومعلوماتك و إحســـب الوقت بعناية، وذلك بالتدريب المسبق.
4- الإسترخاء قبل المحاضرة وعند البداية.
5- حاول أن ترى صورتك وصوتك وأنت تحاضر بنجاح.
6- تأكد أن الحضور يريدون نجاحك و الإستفادة منك وليس قهرك.
7- لا تعتذر وتتأسف على كل صغيرة وكبيرة وعن النقص في المعلومات . ونادراً أما يكون للأسف مكان.
8- تناسى نفسك والجمهور وركز على الرسالة والهدف من المحاضرة.
9- حوّل توترك إلى نقطة قوة وكسر الجليد.
10- إكتسب الخبرة وهي التي تبني الثقة.

قبل المحاضرة

عندما تعلم أنك ستلقي خطاباً أو كلمة أو محاضرة فلا بد من التحضير وهـــذا يعتمد على الخبرة والمعرفة ، ولا بد أن يشمل التحضير بعض النقاط الرئيســـية المناسبة للوقت والمكان والجمهور . تدرب على الأداء لوحدك أو علـــى شـــريط كاسيت أو فيديو. وخذ قسطاً من الراحة قبـــل المحاضـــرة ، وإيـــاك أن تعتبـــر محاضرتك هي أول وآخر ما قيل وسيقال، إذا كانت المحاضرة مكتوبة يفضل أن تحمل بطاقات صغيره عليها العناوين ، إلا في خطابات معينة لا بد من الإلتـــزام بورقة مكتوبة كاملة.

تبين بشكل قطعي أن هناك إستعداداً وراثياً يظهر بشكل واضح في بعض العائلات وخصوصاً في حالات الإكتئابالذهانيوالإكتئاب الشديد

هناك أنماطاً من الشخصية أكثر عرضة للإكتئاب من غيرها، فالشخصية الإكتئابية و الوسواسية والمزاجية هي أكثر تعرضاً من غيرها.

أثناء المحاضرة

كن على يقين أن اللحظة التي يصمت فيها الجميع ويقدمك عريـف الحفـل، فيصمت الناس وينظروا إليك سيكون فيها توتر وخفقات وعرق وقد يكون هنـاك رجفة، ولذلك أتبع النصائح التالية في المحاضرة:

1- تحمّل الدقيقة الأولى ، ولا بأس أن تكون قد حفظت كل ما ستقوله فيها لأنه بعد مرورها يبدأ التوتر بالإنحسار.

2- لا تسرع بالكلام فينقطع نفسك مما يؤدي للتوتر والتلعثم.

3- إترك نظراتك هائمة على الجمهور دون تحديد.

4- لا تبقي صوتك على وتيرة واحدة فهذا يبعث على النعاس.

5- حاول كسر حدة الحديث الجدي بالأمثلة والتعليقات المضحكة.

6- لا تنزعج إذا كان هناك أشخاص في نوم عميق أو تململ، فهذا أمر واقع في أي محاضرة .

7- لا ضرورة لتكرار كلمات وجمل مثل (كما قلت سابقاً، أو سآتي لذكره بالتفصيل لا حقاً، وأن الوقت غير كافي).

8- حدد مسبقاً إذا كنت ستعتمد على صور وشرائح أو شفافيات، وتدرب على إستعمالها و إستعمال الجهاز .

9- تآلف مع الميكروفون وتعرف على أسلوب عمله والمسافة الصحيحة لبعده أو قربه منك.

10- تواضع في تقديمك للموضوع مهما كنت عالم به فهذا يقرب المسافة بينك وبين الجمهور.

الرهاب الإجتماعي Social Phobia

الرهاب أو القلق الإجتماعي أو أحد إضطرابات القلق الشائعة والتـي تتميـز بالخوف من مواقف إجتماعية معينة وتحاشيها ، وهي تبدو كنـوع شـديد مـن الخجل والحد الفاصل من الخجل المقبول أو الخوف الإجتماعي كمرض ، هـو مدى التأثير على حياة الفرد العملية والإجتماعية ، فقد تعيق الدراسة والتقدم فـي العمل، وقد تكون شاملة لكل المواقف أو تتركز على شيء واحد مثل إلقاء كلمة،

العوامل المرسبةللإكتئاب: ونعني بها أحداث الحياة المختلفة والتي تسبق ظهور الحالة مثل وفاة شخص عزيز، فقدان المال أو المنصب، أو التعرض لحوادث ومشاكل إجتماعية وقانونية

أو الحديث مع الجنس الآخر. وتدل الدراسات أن حوالي 13%من الناس يعانوا من هذه المشكلة وبدرجات متفاوتة ، ولكن أغلبهم لا يعتبر أن هذه مشكلة لها حل ، بل يأخذها على أنها طبع من طباعه لن يتغير ، وقد يختار عمله وحياته بما يتناسب مع هذا الطبع – وفي ذلك خسائر كبيرة لأن العلاج متوفر – وعن أسباب الخوف الإجتماعي فهو خليط من الموروث والشخصية والبيئة والتربية والخبرة التي تؤدي لظهور الخوف وأعراضه كالرهبة ، تهدج الصوت ، التلعثم ، رجفة اليدين ، تصبب العرق ، سرعة ضربات القلب ، صعوبة التنفس ، الشعور بإمتلاء المثانة ، فقدان التركيز ، الخوف عند صب القهوة ، الخوف من الدعوات ومن الحديث على الهاتف، وكثير من الأشخاص الذين يعانوا من الخوف الإجتماعي يكونوا خجولين منذ طفولتهم ولكن الأمر يتطور مع دخولهم الجامعة والحياة العملية ، وللآسف يلجأ بعض الناس لإستعمال الكحول أو المهدئات للتخفيف من توترهم في بعض المواقف ، وقد تؤدي حالة الخوف الإجتماعي بالإنسان للإحباط والإكتئاب والمشاكل النفسية التي تتفاقم مع الإدمان.

ومن المفيد أن نعرف بأن هذه الحالة لها علاج وهو نفسي سلوكي على أساس المواجهة الفعلية أو بالتخيل ، وكما أن هناك علاج دوائي لأعراض الخوف التي تربك صاحبها خصوصاً الظاهر منها. وليس غريب أن طبيعة المرض نفسه "الخجل" تمنع أصحاب هذه المشكلة من طلب المساعدة.

وأكثر الأعراض شيوعاً في الخوف الإجتماعي :

*خفقان القلب. *الإرتجاف *التعرق *شد العضلات

*تهوي معدته وقلبه *جفاف الفم *الشعور بالحرارة والبرودة

*ضغط على الرأس وصداع.

وأما أكثر المواقف إثارة للخوف الإجتماعي فهي:

* أن يتم تقديم الشخص . * مقابلة أصحاب نفوذ أو مكانة إجتماعية.

* إستعمال الهاتف . * إستقبال الزوار.

* أن يراهم أحد أثناء قيامهم بعمل ما. * المزاح

* الأكل في البيت مع الأصدقاء *الأكل مع الأسرة.

الثقة بالنفس Self – confidence

يعتقد معظم الناس الخجولين أو الذين يعانوا من الرهاب أو الخوف الإجتماعي أن المشكلة تكمن في الثقة بالنفس ويأتوا للعيادات طالبين تحسين الثقة بالنفس، والتي تتطلب عدة مصادر :

1- العمل والتعليم: يعطي الفرد تعريفاً ومكانة بين الناس.

2-العلاقات الإجتماعية : من الأصدقاء المقربين إلى المعارف والعلاقات الواسعة.

3-الهوايات والأنشطة: هي مجالات للتعرف والإحتكاك بالناس ومادة للحديث.

4-الثقافة والإطلاع: إن معرفة الشخص في موضوع ما في جلسة معينة ستعطيه الثقة بالحديث وتعمل على تحسين الثقة بشكل دائم.

5-العمل العام: النوادي والأحزاب والجمعيات الخيرية والتطوعية تضيف للفرد بعداً كبيراً في حياته وثقته.

فمرآة الثقة هي النفس.

إضطراب الشخصية التجنبي Avoidant Personality Disorder

طراز من الشخصية المكبوتة إجتماعياً ، ومع الشعور بالعجز والنقص، والحساسية المفرطة للنقد. وتظهر في البلوغ وتتميز بما يلي :

1- الإبتعاد عن النشاطات المهنية التي تتطلب الإحتكاك بالناس خوفاً من النقد، أو الرفض ، أو عدم الرضا.

2- الرغبة في التأكد بأنه مقبول ومحبوب من الناس قبل الدخول معهم في علاقة وهذا مستحيل.

3- الإبتعاد عن العلاقات الحميمة خوفاً من السخرية أو الكسفة.

4- الإهتمام الدائم بتقييم ورأي الناس به، وخصوصاً النقد.

5- الشعور بالنقص في أي موقف أو علاقة جديدة.

6- يرى نفسه غير محبوب وغير مقبول إجتماعياً وأقل من الناس.

7- التردد في إتخاذ خطوات أو مغامرات خوفاً من الحرج.

نوع الشخصية الحساسة Sensitive Personality Type

وهو نمط للشخصية أكثر من كونه إضطراب . ويكون صاحب هذه الشخصية غير مرتاح إجتماعياً وخائف من التقييم السلبي له وبالتالي يكون جمود إجتماعي وصفاته هي :

أن أسلوب التفكير هو الذي يؤدي إلى المزاج المكتئب بحيث يصل الفرد عند تعرضه لمشكلة ما إلى مثلث الإكتئاب، والذي تكون أولى زواياه (أنا سيء وفاشل) وثاني الزوايا (إن الناس سيئين ولا يكترثوا) وفي الزاوية الثالثة (لا أمل في المستقبل) ويدور الفرد في هذه النقاط مندفعاً نحو مزاج المكتئب

1- يجرحه أي نقد أو عدم إتفاق.
2- له أصدقاء قليلين مقربين.
3- لا يخالط الناس إلا إذا تأكد أنهم سيحبوه.
4- يبتعد عن النشاطات المهنية والإجتماعية التي فيها إحتكاك.
5- غير مرتاح في التجمعات.
6- الخوف من أن يبدوا عليه الخجل أو دموع أو توتر.
7- يبالغ ويضخم في صعوبة بعض الأمور التي لا تكون ضمن سيطرته.
8- يتطلع للقبول والتعاطف.

العلاج النفسي الداعم: وهو أبسط أنواع العلاج النفسي، ويشمل على تطمين ودعم المريض، وشرح حالته له، ومساعدته في فهم المرض وعلاجه، والتعامل مع المشاكل القائمة في حياته العملية أو الأسرية

17- التعامــــل مع توتـــــر الإمتحـــــــان

إن الإمتحان حدث مهم لأي طالب، فهو الموقف الذي عليه فيه أن يسترجع المعلومات ويحللها بعد تمعن وتفحص الأسئلة وفهمها ليخرج بأفضل إجابة، والتي تحقق له النجاح . وبالتالي فإن جهود الطالب في مختلف أشكال العملية التعليمية يجب أن تتبلور في الإمتحان ، وبذلك يصبح الإمتحان موقف هام لابد من النظر إليه على هذا الأساس ، ومن المعروف أنه كلما إزداد التوتر و الإهتمام بالإمتحان كلما كان الأداء أفضل، ولكن هذا يصل إلى حد معين يبدأ بعده الأداء بالتراجع التدريجي وقد يتوقف نهائياً رغم الدراسة، ولا بد لكل طالب أن يتفهم الأسلوب الصحيح للدراسة والذي يعتمد على ما يلي:

1. الدراسة الصحيحة : هي الدراسة المنتظمة بشكل يومي طوال السنة أو الفصل وهناك عطلة أسبوعية يوم واحد.
2. الدراسة الصحيحة: هي التي تأخذ بعين الإعتبار الحاجات الأخرى للطالب كالإستراحة والرياضة والعلاقات الإجتماعية والهوايات ومشاهدة التلفزيون وأوقات الصلاة والأوقات التي تتطلبها المناسبات الإجتماعية المختلفة.
3. الدراسة الصحيحة : التي تقوم على مبدأ التحضير، الدراسة ثم المراجعة والطالب الذي يتبع هذا الأسلوب يجد أنه يكرر الدرس ثلاث مرات قبل أن يأتي للإمتحان.
4. الدراسة الصحيحة : يجب أن لا تقترن بطقوس خاطئة مثل تناول القهوة بكميات كبيرة والشاي والمنبهات أو المهدئات والسجائر، ومن الممكن أن تقترن بعادات جيدة كالرياضة والموسيقى وقراءة القرآن.

5. الدراسة الصحيحة: لا يجب أن تأخذ فترة طويلة لأن التركيز الإنساني يفتر بعد 40-50 دقيقة في الأغلب، وبالتالي فإن الدراسة يجب أن تكون على جولات كل جولة ساعتين يتخللها إستراحة ربع ساعة، وبين الجولة والأخرى هناك ساعة إستراحة، توزع هذه الجولات على اليوم حسب الوقت والدوام والبرنامج والوقت المطلوب للدراسة.

6. الطالب عندما يفكر يجب أن يفكر في المادة التي أمامه فقط وليس في ما سيأتي وما كان في الإمتحان السابق ومن نجح ومن رسب، وكيف يدرس وكم ساعة سيحتاج مقارنة بغيره، وهل سينجح مثلهم، وكل هذه المقارنات هي غير مفيدة ولا تؤدي إلى نتائج أو علامات.

أما بالنسبة للإمتحان فإنه مع إقتراب الإمتحان لا بد للطالب أن يعدل بعض من دراسته ولكن ليس بصورة كبيرة ، إذا كان قد بدأ على الأساس المذكور سابقاً، فلا بد من زيادة عدد الجولات الدراسية مع المحافظة على ساعات النوم والراحة والترفيه وعدم تغيير نمط الحياة مثل النوم في النهار والصحو في الليل فهذه أخطاء شائعة لا داعي لها، وأن يكون هنالك تأقلم وتعود على الدراسة في الجو المتاح سواءاً جو البيت أو الحي أو الجامعة أو الكلية التي هو فيها، كما أن دراسة الإمتحان لا بد من الإختيار بحيث أن المواضيع التي كانت دراستها ضعيفة تعطى الأولوية، وليس بالضرورة ترتيب الدراسة ثابت، كما لا ينصح قبل الإمتحان بتغيير مصادر الدارسة فمن كان يقرأ من كتاب لا يتحول إلى دفتر محاضرات أو العكس، وبالنسبة للدراسة الجماعية بمعنى أن يكون هناك عدة طلاب يدرسون في آن واحد سواءاً في نفس المادة أو مواد مختلفة، فإن هذا غير مجدي إلا إذا كان للنقاش والذي يساهم في تثبيت وترسيخ المعلومات.

بعض الطلاب قد يزداد توترهم وانفعالهم بحيث يقل نومهم وتركيزهم ويصبحوا سريعي الإنفعال مما يؤدي للإرتباك، والإرتباك يؤدي للخوف من الفشل فيزيد من التوتر ومزيد من القلق، ويدخل الطالب في حلقة مفرغة، وأما خطوات العملية التي يجب إتباعها للتغلب على هذا التوتر وهذا القلق الذي ينتج فهي ما يلي:

1. الإلتزام ببرنامج دراسي صحيح .

العلاج النفسي الديناميي : وهو النوع الذي تطور عن التحليل النفسي ويشمل على جلسات أسبوعية لمدة ستة شهور مثلاً، تعمل على تحليل وفهم مشاعر المريض وعلاقاته، والربط بين المشاعر والسلوك، وهذا يتطلب خبرة وتدريب خاص لمن يود أن يقوم به

2. الإلتزام بفترة الإمتحان بالأسلوب الدراسي الصحيح.
3. العمل على خفض التوتر بالوسائل الآتية:

- الرياضة بكافة أشكالها.
- الصلاة وقراءة القرآن.
- الموسيقى
- تدريبات الإسترخاء المختلفة مثل التأمل و اليوغا والتنويم وكلها أساليب مهمة وفعالة.

أما الأسلوب المقترح تطبيقه والأسهل لكم فهو على النحو التالي:

أغلق عينيك، الفم مفتوح قليلاً، نفس هادئ عميق مريح، التركيز على التنفس ورخي العضلات ومنظر حديقة جميل، تكرار النفس ومع كل نفس رخي عضلات الوجه واليدين وأطراف البطن والظهر، تكرار رخي العضلات مع إستمرار النفس و إستمرار التركيز على منظر الحديقة، يؤدي إلى رخي العضـــلات والســـيطرة عليها، ومع التكرار يكون هناك عد من 1–10 يزداد فيه الإسترخاء تدريجياً وثقل الأطراف وثقل الجفون والخدران. التدريب يمكن أن يبدأ قبل الإمتحان ويمكن أن يعتاد عليه الطالب بحيث يستعمله في لحظات التوتر والإضـــطراب فـــي أثنـــاء الدراسة حتى يوم الإمتحان.

الإكتئاب يعالج بمضادات الإكتئاب والتي لا يجوز أن تستمر بعد إنتهاء الحالة لأن هذه الأدوية قد تعمل على زيادة حدوث الزهو وزيادة شدته

وبالنسبة ليوم الإمتحان فمن المفضل أن يتوقف الطالب عن الدراسة في مساء اليوم السابق بوقت مبكر، ويتناول طعامه في وقته وينام في وقتـــه المعتـــاد دون تغيير، ثم في الصباح لا داعي لحمل الكتب والأوراق، قد يكون أحيانـــاً بعـــض هناك النقاط والأرقام التي يعرف الطالب أنه ينساها وتكون على ورقة صغيرة قد ينظر إليها في طريقه إلى الامتحان ، يفضل أن لا يكون الطالب سائق وأن يصل مبكراً حتى لا يرتبك بسبب تأخره بضع دقائق، وعند قراءة الأسئلة يكون الإنطباع الأولى أن الطالب نسي كل شيء وهذا مؤشر إيجابي يكون فيه إرتباك شديد، أما إذا تمهل الطالب وقرأ الأسئلة بعناية وبدأ بإجابة ما يعرفه معرفة تامة فسرعان ما يهدأ وتكون الدقائق الأولى تم إستغلالها في الأسئلة الأسهل فالأصعب وهكذا،

وعلى الطالب الحذر في أن لا يترك أسئلة بدون إجابة وأن لا يخترع إجابات وأن يكون على قناعة أن كل إنسان سوف يجني نتائج دراسته وعلى قدر إمكاناته ورحم الله إمرىء عرف قدر نفسه.

18- توهــــم المـــــرض

إن توهم المرض من المشاكل النفسية الشائعة ويندرج في إطارهــا نــوعين مهمــين وهمــا المــراق (Hypochondriasis) والتجســيد (Somatization disorder).

المراق: يعرف المراق على أنه الخوف و الإهتمام الدائم من وجود مــرض عضوي، وهذا يعتمد على تفسير بعض الأعراض الجسدية وأن هذه الأعــراض والأفكار لا تنتهي رغم التشخيص الطبي والتطمين المستمر، حتى أنه يلاحظ مع كثرة الفحوصات والإجراءات الطبية الغير ضرورية ، يقع هؤلاء المرضى فــي مشكلة تفسير هذه التحاليل وقياس الضغط بشكل متكرر وتكرار فحوصات معينة، وكثيراً ما يكون مبعث هذا الخوف بعض الوظائف الطبيعية للجسم مثل ضــربات القلب و التعرق وحركة الأمعاء ، وأحياناً أعراض بسيطة مثل البثرات والجروح أو السعال والصداع الذي لا يكترث له أحد، وأحياناً يعطوا أعــراض وأوصــاف يصعب فهمها مثل تعب قلب أو شد شرايين أو حرقة في العظام وغيرها، ومــع إستمرار رحلة المرض فإن هناك مضاعفات يصبحوا ضحيتها مثل مضــاعفات الإجراءات الطبية الغير ضرورية مثل التمييل أو التنظير، أو أن هنــاك بعــض الحالات المرضية الحقيقية لا تكتشف لكثرة الشكاوي والأعراض والأوهام، ومن الممكن أن يؤثر هذا المرض على العلاقات الأسرية والإجتماعية وعلى الأداء في العمل وقد يؤدي إلى التعطل عن الدراسة أو العمل بشكل كامل، ولا بد من تفريق هذا المرض عن الإكتئاب وتكدر المزاج والقلق العام والفزع والوسواس القهــري والأمراض الذهانية و التجسيدية وإدعاء المرض.

إن المراق يبدأ في أي عمر مع أنه في الأغلب يبدأ في العشــرينات ويأخــذ مساراً مزمناً فيه فترات من الهدوء والشدة، ومما يجعل تقدم المرض أحســن أن يكون قد حدث بشكل مفاجئ وأن لا يكون يرافقه مكتسبات من هذا المرض،

في الزهو فلابد من إستعمال مضادات الذهان والتي يحب البعض تسميتها بالمعقلات لوقف الحالة وبعد إنتهاء حالة الزهو لا يكون على الأغلب هناك حاجة لهذه الأدوية

ويعالج هذا المرض بصعوبة لأن معظم المرضى يرفضون الذهاب للطبيب النفسي لإعتقادهم بوجود مرض جسدي و لإعتقادهم بأن الطبيب النفسي لن يكون قادراً على مساعدتهم، وعندما يصلوا لا بد أن تتوقف رحلة التسوق بين الأطباء والفحوصات ثم يتم تشخيص الحالة، وفيما إذا كانت مقرونة بمشاكل نفسية أخرى، والعلاج يكون غالباً بالأدوية المضادة للإكتئاب والقلق، بالإضافة إلى المعالجة السلوكية والنفسية، والنتائج تعتمد بشكل كبير على مدى إلتزم هؤلاء المرضى بالعلاج.

أما مثبتات المزاج أو الأدوية التي تنظم المزاج فهي أملاح الليثيوم أو مضادات الصرع والتي يجب أن تستمر في المراحل الثلاث ، وقد تكون منفردة في المرحلة الثالثة وهي الاستقرار

إضطراب التجسيد: (Somatization disorder) إن هذا الإضطراب يتميز بأعراض جسدية مختلفة تبدأ قبل سن الثلاثين، وتستمر لسنوات ولا يمكن تفسير هذه الأعراض بناء على الفحوصات الطبية و المخبرية و الشعاعيه، وقد عرف هذا المرض أيضاً بإسم (متلازمة بريكت)، يتجول هؤلاء المرضى باحثين عن حل بين العشابين والمشعوذين إلى الأطباء في مختلف الإختصاصات والمستشفيات و الطوارئ.

ومن مميزات هذا المرض:

- وجود آلام في أربع مناطق على الأقل أو وظائف من وظائف الجسم.
- وجود أعراض في الجهاز الهضمي وآلام.
- وجود أعراض جنسية وفي الجهاز التناسلي.
- وجود بعض الأعراض الشبيهة بالأعراض العصبية. وهذه الأعراض ليست كذباً أو إدعاءاً بل إنها أعراض يشعر بها المريض، وقد تكون شكوى المريض من أن هناك ألماً بكافة أنحاء جسمه، في الرأس والبطن والمفاصل والأطراف والصدر وأثناء الدورة الشهرية.
- غثيان وإنتفاخ وغازات وقيء وإسهال.
- عدم تحمل الكثير من أنواع الطعام.
- إضطراب في الدورة الشهرية.
- ضعف في بعض الأطراف.
- عدم القدرة على الكلام أو إحتباس البول دون وجود دليل عضوي على ذلك.

يستمر هذا المرض لفترة طويلة ويتأرجح بشدة من وقت إلى آخر، ومن المتوقع أن يصاب هؤلاء المرضى بالقلق والإكتئاب النفسي لأنهم لم يستطيعوا حل الأعراض السابقة، وقد يتورط هؤلاء المرضى في الإدمان على بعض المهدئات والمسكنات للتخلص من المرض ويقعوا في مشكلة جديدة.

إن كثير من هؤلاء المرضى يقاومون أية إستفسارات عن وضعهم النفسي و الإجتماعي والأسري وهذا تحدي لا بد أن تتم مواجهته، و يجدر الإهتمام بأخذ السيرة المرضية كاملة والتقييم الجسدي الكامل قبل أن يتم التشخيص ثم وضع خطة العلاج، ولا بد من تفريق هذا المرض عن أي أمراض عضوية أخرى أو مشاكل نفسية أو إدعاء المرض، يرفض هؤلاء المرضى أيضاً التحويل للطبيب النفسي وقد لا يصلوا إلا وقد تفاقمت الأمور و إنتقلوا إلى حالات شديدة مزمنة يرافقها القلق و إكتئاب وإساءة إستعمال الأدوية، وفي العلاج لا بد من الأخذ بعين الإعتبار إعادة تنظيم نمط حياة هؤلاء الأفراد، وحثهم على الرياضة والأكل الصحيح و الإعتناء بالصحة أكثر من الإعتناء بالمرض.

إن أسباب هذا المرض مثل المراق أيضاً غير معروفة ولكن تلعب فيها العوامل البيولوجية والنفسية والسلوكية والإجتماعية والحضارية دوراً، أما إنتشاره فيصل إلى 2% من الناس وهو أكثر في النساء من الرجال، وفي عيادات الطب العام يمثل هؤلاء المرضى 5-10% من المراجعين يضاف إليهم أيضاً 5% من مرضى المراق.

إضطراب الهلع ينتج عن مجموعة من الأسباب منها وراثي، ومنها ما هو مرتبط بأحداث الحياة المختلفة، وكل هذا يصب في حدوث تغيرات كيماوية في الجهاز العصبي، تجعل هناك آلية لحدوث النوبة

19- إضطـــراب شـــدة ما بعـــد الصدمـــة

هذا هو أحد إضطرابات القلق ويصيب 6% من الناس في مرحلة ما من حياتهم ويكونوا قد تعرضوا إلى ضغوط مثل الإعتداء الجرمي أو الجنسي أو الإساءة للأطفال والمقاتلين الرهائن والمساجين الذين يتعرضوا للتعذيب، والحوادث الخطرة مثل تحطم الطائرات أو حوادث سير بشعة والكوارث الطبيعية، وقد يتأثر الفرد المتعرض لهذه الضغوط أو من يشاهده.

هناك ثلاث مجموعات من الأعراض:

1. إعادة الخبرة المؤلمة وتتم بإسترجاع الحدث، أو إعادة الشعور به وكأنه يحدث من جديد والكوابيس، كما تكون ردة الفعل كبيرة لكل ما يــذكر الإنســان بالحدث ويتبعها معاناة.

2. التجنب والحذر العاطفي: محاولة تجنب الأفكار والمشــاعر والحــديث المتعلق بالحادث وتجنب النشاطات والأماكن و الناس المعنيين بالحادث، كما يقل الإهتمام بالنشاطات والأحداث العامة، ويشعر المريض وكأنه بعيد عــن النــاس والأحداث وتتحصر إنفعالاته حول الموضوع وتقل توقعاته للمستقبل وقد تنعدم.

3. وتظهر أعراض زيادة الإثارة العصبية مثل صعوبة النــوم وثــورات الغضب الغير مبرره وصعوبة التركيز والتنبيه الزائد وسرعة ردود الفعل.

معظم مرضى الهلع لا يصلوا للطبيب النفسي إلا بعد فترة طويلة وبعد أن تكون الحالة تشعبت وتعقدت

وإذا كانت الأعراض لأقل من شهر فإنها تسمى إضطراب ردة الفعل الحــادة للشدة وإذا كانت الفترة بين 1-3 شهور تسمى حالة إضطراب شــدة مــا بعــد الصدمة الحادة وإذا تعدت الثلاث شهور تصبح مزمنة.

تتراوح المدة التي يستر فيها الإضطراب، ولكن الإضطراب غالباً ما يكــون متأرجح ومتقدم، وقد يظهر بعد سنوات من الحادث، ويشتد في الذكرى السنوية أو الأحداث المماثلة، وقد يستمر لسنوات وغالباً ما لا يشــخص هــذا الإضــطراب وكثيراً ما يتردد هؤلاء المرضى على عيادات الرعاية الصحية الأولية.

من الثابت أن هناك تغيرات كيماوية تحدث في الدماغ وفــي تنظــيم بعــض الناقلات العصبية مثل النورأدرينالين وكذلك العلاقة بين الغدة النخاميــة وتحــت المهاد والغدة الفوق كلوية، كمــا أن الغـــدة الدرقيـــة و الأفيونـــات الطبيعيـــة و السيرتونين تتأثر مما يؤثر على عمليات التقدير للفرد وعمليات التذكر والتعلم.

مما يساعد على حدوث هذه الإضطرابات عند بعض الناس دون غيرهم: شدة الحدث، ومدته وقرب الفرد منه ومدى خطورته وعدد المرات الذي تكرر فيهــا الحدث، وإذا كان الحدث يتسبب فيه آخرون، وعدم تفهم الأصدقاء والأقارب.

في أغلب الأحيان لا يلجأ المصابين بهذا الداء للعلاج رغم توفره ويعتقدوا أن هذه معاناة مشروعة طالما أن لها مسببات، وفي أحيــان يكــون مــن الصــعب الحصول على العلاج كما هو الحال الآن في الأراضي الفلسطينية المحتلة حيث

الضغط مستمر، والخدمات الطبية بالكاد تستطيع التعامـل مـع الإصـابات الجسدية والجروح والوفيات، ويصبح الحديث عن صعوبة النوم أو الكوابيس نوع من الترف الذي لا تسمح به الظروف وفي ظل ظروف الحروب والكوارث ترتفع معدلات الإصابة بهذا الإضطراب لما يزيد عن نصف السكان .

وأما العلاج ففيه توضح الحالة ومعالجات نفسية فردية وجماعيــة وتفريــغ إنفعالي وعلاجات دوائية من مضادات الإكتئاب خصوصاً الأدوية المثبطة لإعادة إمتصاص السيروتونين.

20-الخـــــوف مــــن المـــــوت

إن غزيرة حب البقاء من الغرائز التي يتمتع بها الإنسان مثـل غيـره مـن الكائنات الحية، وهي بالتالي تعني البعد عن الضرر ومحاولة البقـاء فـي كـل الظروف والأحوال سواءاً كانت أحوال طبيعية أو غير طبيعية، ويصبح الخـوف من الموت ظاهرة مرضية عندما يسيطر على تفكير الإنسان وحياته، ويعيق أداءه لواجباته اليومية، وقد يكون الخوف من الموت ضمن أحد الأشكال التالية:

يجب أن يتعلم المريض أسلوب الإسترخاء ، وهو الأسلوب الأصح لمقاومة نوبة الهلع عند حدوثها بتقصيرها والسيطرة عليها

1. **الخوف الرهابي من الموت** Death Phobia:

شعور وتفكير مسيطر في الموت ومتى يمكن حدوثه، والتفكيـر بتفاصـيله، ومحاولة فهمه أكثر من المعروف عنه، والتفكير في الدفن ومـا بعـد المـوت، وبالتالي تجنب كل ما له علاقة بالموت، صفحة الوفيات، سماع نعي، القيام بزيارة المرضى، المشاركة بالجنازات أو زيارة المقابر، وحتى التفكير بهذه الأمـور، أو رؤيتها على شاشة التلفاز تزعج المريض، وتشعره بالخوف و الإنزعـاج، وقـد يصل الأمر بالمريض أن لا يطيق سماع القرآن الكـريم أو الصـلاة بالمسـجد لإرتباط ذلك بالوفيات.

2. **الخوف من الموت مع نوبات الفزع** Panic Disorder:

إن نوبات الفزع هي شعور مفاجئ بحتمية الموت أو حدوث مرض خطير أو مستعصي، وبالرغم أنه مع تكرار نوبات الفزع يدرك المريض أنها لـم تـؤدي للموت، إلا أنه مع كل مرة تعود فيها النوبات، يعود الشعور بالحدة ذاتها أو أقل،

وقد يطور مريض الفزع خوف من الموت كالرهاب السابق ذكره حتى في الأوقات التي لا يكون فيها نوبات فزع وضمن القلق العام الذي قد يترافق مع الفزع أو رهاب الساح كذلك، وهو الخوف من الأسواق و الأماكن المزدحمة والمواصلات العامة. والتي قد تترافق مع رهاب الموت.

3. الخوف من الموت في القلق العام Generalized Anxiety Disorder:

في القلق العام وأعراضه الجسدية والنفسية المختلفة من رهبة، وآلام وضيق التنفس وضربات القلب، وتوقع السيء، يتطور لدى المريض إهتمام خاص بالموت وما يمكن أن يؤدي إليه، ويأخذ من تفكيره ومن جهده الكثير، ويبقى هاجس الموت يراوح المريض، وقد يتطور في حالات حدوث وفيات بين الأصدقاء والأقارب، وعند حضوره جنازة أو بيت عزاء.

الانتباه لأي مشاكل نفسية أخرى قد ترافق الهلع مثل القلق العام والاكتئاب والإدمان على الكحول والمهدئات ، والذي يعقد الحالة ويتطلب التحويل السريع

4. الخوف من الموت في الوسواس القهري O.C.D :

إن الوسواس القهري قد يأتي على شكل صور، أفكار إندفاعات أو أفعال قهرية، وكثيراً ما ترتبط أعراض الوسواس بالموت، ولكن المريض يكون على يقين من سخف هذه الأفكار، مثل فكرة أنني إذا لم أفعل الشيء الفلاني بالطريقة المحددة فإنني قد أموت، أو فكرة أنني إذا لم أمر من أمام المسجد فإن مكروه سوف يحصل، أو أن يعتقد المريض أنه إذا لم يستحم ويكرر كل فعل ثلاث مرات فإنه سيموت ، ويحاول المريض رفض الأفكار ومقاومتها وينجح أحياناً ويفشل أحياناً في أحيان أخرى، مما يؤدي في كثير من الحالات، لتجنب مواقف الموت وكل ما له علاقة به. وقد يتطور خوف رهابي من الموت. وتختلط أعراض الوسواس برهاب الموت وأحياناً القلق العام والإكتئاب والمخاوف من السكاكين أو الأدوات الحادة.

5. الفصام العقلي Schizophrenia :

قد يتهيأ لمريض الفصام أوهام أنه مطارد وأن هناك من يريد قتله، ويشعر أن كل ما يدور حوله في هذا الإطار، ويكون في حالة رعب مما سيؤدي إليه التآمر المزعوم من أضرار وبالنهاية الموت، ولكن الخوف هنا يتشابك مع هلاوس

سمعية وتهديدات وهمية وروائح غير موجودة لغازات سامة، أو تغير في طعم ولون المياه والطعام والشراب دون وجه صحة. ويصبح مريض الفصام في حالة تأهب وخوف متواصل من القدر والقتل والموت، وقد يدافع عن نفسه أمام العـــدو الموهوم ولذلك فإن شكوى مريض الفصام من الموت وخوفه من القتل تختلف في تفاصيلها عن باقي أشكال الخوف.

6. المراق Hypochondriasis :

تتولد لدى مريض المراق قناعة بوجود مرض في أحد مناطق جسمه، ويبحث عن هذا المرض ويخيب أمله عند ما لا يظهر شيء بالفحص، وقد يطمئن لفتـــرة وجيزة ولكنه ما يلبث أن يعود لتوهمات جديدة، فإذا شعر بثقل في معدته أو خفقان في القلب يفكر بالسرطان والقلب وغيرها من الأمراض، وغالباً فإن المـــريض لا يتحدث عن الموت مباشرة ولكن خوفه من الأمراض يحمل في طياته الخوف من العواقب، وفي غالبية الحالات يكون هناك أعراض القلق و إكتئاب نفسي مصاحبة وفي أحيان قليلة يحدث المراق منفصلاً، ويبقى المريض في حلقة مفرغـــة مـــن التوهم والفحوصات والتطمين، والعودة من جديد ويصبح هاجس المرض الخطير وعدم إكتشافه و عواقبه شغله الشاغل، مما قد يوصله أيضاً لرهاب الموت.

اضطراب الهلع يتجاوب مع العلاجات الدوائية والنفسية، وغالبا ما تنتهي النوبات خلال أسابيع أو شهور ، وتخف حدتها تدريجيا ثم تتلاشى ، ولكن يجب الأخذ بالاعتبار أن مدة العلاج بعد التحسن لا تقل عن سنة

العـــــلاج:

في معالجة الخوف من الموت لا بد لنا أولاً أن نأخذ الجانب الوقائي ويشمل:

1. عدم حجب فكرة الموت عن الأطفال، فقد جرت العادة أن يقال للطفـــل عند وفاة شخص عزيز كالأب أو الأم أو الجدة، أن المتوفي قد سافر وسيعود، أو أنه مريض في المستشفى، وكثيراً ما يصل المراهق لعمر الخامسة عشرة وأكثـــر وهو لم يعطى فرصة لإستيعاب مفهوم الموت مع أن الطفل مـــن ســـن العاشـــرة يصبح قادر على فهم الموت.
2. إستخدام المفهوم الديني والإيمان بالقضاء والقدر في تربيـــة الأطفـــال وشرح فكرة الموت لهم من قبل الأهل أو ضمن المناهج المدرسية.
3. المشاركة في أي طقوس أو شعائر دينية أو إجتماعية تتعلـــق بـــالموت ومن سن مبكر، وعدم إعفاء من لا يحب هذه الشعائر ، فليس من المفروض أن

4. يحبها الفرد بل المفروض أن يتعايش معها ويعتاد عليها، ويتكيف معها مع تقدم عمره وزيادة متطلبات المشاركة تدريجياً.

5. في حالة حدوث الخوف من الموت لأي سبب فإن أكثر ما يزيـد مـن الحالة هو التجنب والإبتعاد والذي يعطي راحة مؤقتة ولكن يؤدي لتفاقم الخـوف وتطوره.

أما معالجة الخوف من الموت فإنه يشمل ما يلي:

1. المعالجة السلوكية في تعريض الشخص لما يخاف منه أي كـل مالـه علاقة بالموت من قريب أو بعيد.

2. معالجة الحالة النفسية بشكل عام مثل: معالجة الوسواس، أو القلـق أو الفزع أو الفصام المؤدي للخوف.

3. المعالجة بالأدوية: هناك العديد من الأدوية النفسية التي تسـتعمل فـي الحالات المذكورة.

شيء من القلق والخوف يكون دافع للتحضير والتركيز والأداء الجيد ، أما إذا ارتفعت درجة التوتر فقد يؤثر هذا على الأداء

21- القهـــم العصابـــــي Anorexia Nervosa

عرف هذا المرض منذ فترة طويلة، وتميز بإنتشاره بين الفتيات المراهقات أكثر من الذكور، وخطأ عُرف بإسم فقدان الشهية والحقيقة أن فقدان الشهية ليس من مواصفاته، أما المواصفات التي وردت بالتصنيفات المختلفة فهي :

1. رفض المحافظة على الوزن على الحد الأدنى الطبيعي بالنسبة للعمـر والطول، وعادة ما ينخفض الوزن عن 85% من الوزن المتوقع.

2. الخوف الشديد من زيادة الوزن والسمنة، مع أن المريضة تكون نحيفة جداً.

3. إضطراب في الصورة الدماغية لشكل الجسم، ومع أن الكل يرى الفتاة نحيفة جداً إلا أنها ترى نفسها أسمن بكثير.

4. في الفتيات بعد سن البلوغ، غالباً ما تتوقف الدورة الشـهرية، لثلاثـة شهور على الأقل وهناك نوعين من القهام: الأول وهو النـوع المحصـور فـي التوقف عن الطعام فقط، أما الثاني فهو النوع الذي فيه الأكل بكميات كبيرة، فغالباً بعد رجيم قاسي تفلت زمام الأمور وتأكل الفتاة كمية كبيرة من المواد النشوية

5. والسكريات، وبعدها ترغم نفسها على القيء وتستعمل الملينات ومدرات البول والحقن الشرجية.

الإنتشـــــــار:

يقدر إنتشار إضطرابات التغذية عموماً بين المراهقين والشباب بحوالي 4%، ومن الواضح أن القهم قد إزداد في العقود الأخيرة، خصوصاً الفتيات قبل سن البلوغ وفي الأولاد، السن الذي تبدأ عنده الحالة على الأغلب هي السنة الخامسة عشرة ، ولكن 5% من المرضى يبدأ عندهم المرض بعد العشرين، وتقدر نسبة القهم بين الفتيات المراهقات من 5,0 – 1%، ويكون معدل الإنتشار على الأغلب 10–20 ضعف بين الفتيات عن الذكور.

أم النسبة التي لا تستوفي شروط التشخيص ولديها بعض أعراض القهام فتصل إلى 5% من الفتيات في سن المراهقة، ومن المعروف أنه في السابق كانت الطبقات الإجتماعية العليا أكثر تأثراً بهذه الحالة إلا أن الدراسات النفسية الحديثة أظهرت توزيعاً في كل الطبقات، وفي فترة من الفترات كان الإعتقاد أن هذا المرض لا يحدث إلا في الدول الصناعية المتقدمة، وخصوصاً بين عارضات الأزياء وراقصات الباليه، وقد بدأ هذا أيضاً بالتغيير وهناك حالات بدأت تظهر بالدول النامية وفي منطقتنا العربية، حتى القرى والبادية.

الأسبـــــــاب:

تتضافر الأسباب البيولوجية والإجتماعية والنفسية معاً في إحداث هذا المرض، وهناك إرتفاع في إصابة التوائم المتشابهة عن التوائم الغير متشابهة، كما أن أخوات الفتيات المصابات أكثر عرضة من باقي الفتيات بالمجتمع، كما أن إضطرابات المزاج تكون أكثر شيوعاً في عائلات المصابات، وهناك دلائل أن مادة النورأدنالمين يقل تحولها ونشاطها في هذا المرض.

كما أن هناك مؤشرات على الأفيونات الداخلية في الجهاز العصبي تساهم في إنكار الجوع بين هؤلاء الفتيات، وقد دلت بعض الدراسات على أن المضادات الأفيونية تساهم في تحسن هؤلاء المرضى، والمعتقد أن الجوع ونقص الوزن هو الذي يؤدي إلى إنقطاع الدورة الشهرية مع أن بعض المريضات تنقطع لديهن

يجب أن لا يضيع الإنسان أي فرصة في مواجهة الجمهور، ولا يعتذر ولا يتجنب، وإذا طلب منه إلقاء محاضرة أو بحث أو خطاب فيتبع النصائح العشرة

الدورة قبل نقص الوزن الشديد، وأما الدراسات على التصوير الطبقي المحوري فقد دلت على توسع الحجرات الدماغية وتوسع الأخاديد الدماغية أثناء الجوع الشديد إلا أن هذا يتحسن بعد إستعادة الوزن.

و إجتماعياً فإن هناك ضغوط إعلامية وبيئية مختلفة على الفتيات بأن يركزوا على تخفيف الوزن والرياضة وإتباع الحمية الغذائية، و إقتران هذا بالجمال، كما دلت دراسات عائلات هؤلاء الفتيات على أن هناك مستوى عالي من العدوانية والفوضى والعزلة كما أن التعاطف يكون قليلاً في تلك الأسر.

هناك العديد من النظريات التي تعزوا هذا المرض إلى شكل من أشكال الوسواس وعدم تمتع هؤلاء الفتيات بالثقة و الإستقلالية، وشعورهن بأن أجسادهن هي تحت سيطرة الآباء، وبالتالي فإن الجوع يكون بذل جهد للحصول على الإستقلالية و الإهتمام المرغوب، يلاحظ أنه رغم العدوانية الناشئة داخل الأسرة لكن هؤلاء الفتيات يصعب عليهن الإنفصال عن الأم، كما يعزوا كثير من الباحثين هذا المرض إلى رفض النمو والأنوثة والأمومة وبالتالي عدم الرغبة في ظهور معالم الأنوثة كالدورة الشهرية و إمتلاء الجسد، ومن ثم الإنجاب.

حضر موضوعك بعناية: لتكون واثق من أدائك ومعلوماتك و إحسب الوقت بعناية، وذلك بالتدريب المسبق

المضاعفات الطبية لهذا المرض:

فقدان الدهون وضعف العضلات ونقص واضح في إفراز الغدة الدرقية وعدم تحمل البرد، والصعوبة بالإحتفاظ بدرجة حرارة الجسم، يتأثر القلب ويصغر حجمه وقد إضطراب في ضربات القلب، يتباطأ تفريغ المعدة وينتشر الإنتفاخ وآلام البطن والإمساك.

إنقطاع الدورة يرافقه إختلاف في هرمونات الغدة النخامية التي تعمل على تنظيم الدورة، يظهر على الجسم شعر خفيف وتورم في بعض الأطراف وتقل عدد كريات الدم البيضاء، يتأثر الزنك مما يؤدي إلى طعم غريب في الفم، وفي الحالات المتقدمة يكون هناك الخمول والإكتئاب وإضطراب في القدرات المعرفية، كما تصل المريضات إلى هشاشة العظام، وفي الحالات التي تستعمل فيها الملينات والقيء، هناك إضطراب بالصوديوم والبوتاسيوم وحموضة الدم، بالإضافة إلى إلتهاب الغدد اللعابية والبنكرياس، وتقرحات بالمعدة والمريء، وينتشر عندهن

ضعف الأسنان وكثرة التسوس، وقد تحدث نوبات تشنج صرعيه، و إلتهـاب في الأعصاب الطرفية، بالإضافة إلى الإرهاق والضعف العام.

مآل المرض:

هناك تفاوت كبير في مآل المرض عند الفتيات، فهناك من يخـرجهن مـن الحالة تلقائياً وأخريات يحتجن لعدة وسائل علاجية، كما أن هناك فئـات تتحسـن وتنتكس على مدى السنوات، ويكون التجاوب الفوري مع العلاج في المستشـفى جيد، إلا أن التفكير بالوزن والطعام والسعرات والعلاقات الإجتماعية قـد تبقـى مضطربة، والتحسن بشكل عام بطيء وصعب، ودلت الدراسات على أن نسـبة الوفيات بين هؤلاء المرضى تتراوح بين 5-18% وهناك إشتراك بين القهـم و النهام العصبي ، فنصف المريضات بالقهم العصابي قد ينتقلن إلى النهام العصبي بعد بضع سنوات من بداية المرض.

لا تعتذر وتتأسف على كل صغيرة وكبيرة وعن النقص في المعلومات .ونادراً أما يكون للأسف مكان

العــــــــــــــلاج:

لا بد وأن يتضمن العلاج الإدخال إلى المستشفى فوراً، والبـدء برفـع وزن الفتاة تدريجياً، وذلك لأن الوزن القليل يزيد من تشوه الصـورة الدماغيـة عـن الجسد، ويبدأ بعد ذلك العلاج النفسي الفـردي والعـائلي، والتعزيـز السـلوكي، ويتطلبن البقاء في المستشفى بين شهرين إلى ستة شهور، ثم المتابعة في العيادات الخارجية، ومن حيث العلاجات الدوائية فدورها ليس رئيسي فـي عـلاج هـذه الحالة.

22 -النهـــــــــــام Bulimia Nervosa

جاء وصف هذا المرض في العقود القليلـة الأخيـرة، ووضـعت معـايير التشخيص على النحو التالي:

1. تكرار الأكل بكميات كبيرة، وغالباً ما يتم هذا خلال سـاعتين ويفـوق بكميته ما قد يحتاجه الفرد في الأسبوع، ويرافق ذلك الشعور بعدم السيطرة خلال فترة الطعام، وعدم القدرة على ضبط النفس.
2. تكرار السلوكيات التعويضية لمنع زيـادة الـوزن، بـالقيء والمسـهلات ومدرات البول والحقن الشرجية، وبعض الأدوية والصوم والرياضة الشديدة العنيفة.

3. حتى يتم التشخيص لا بد أن يتكرر الهجوم على الطعام وما يرافقه من سلوكيات بمعدل مرتين في الأسبوع ولمدة ثلاثة شهور.
4. تقييم الذات يعتمد بشكل كبير على شكل الجسم والوزن.
5. ليس بالضرورة أن يترافق النهام العصبي مع القهم، وهناك نوعين من النهام (الأول) يتميز بالقيء وإستعمال المسـهلات والمـدرات البوليـة والحقـن الشرجية، أما (الثاني) فليس فيه هذه المسلكيات ولكن وسائل التعويض بعد إلتهـام كميات كبيرة من الطعام تقوم على الصوم والرياضة العنيفة، ومـن الغريـب أن هؤلاء المرضى يكون وزنهم ضمن الحدود الطبيعية.

الإنتشــــــــار:

ينتشر المرض أكثر من القهم، ولا تقل نسبة إنتشاره عن 3%، وهو أكثـر شيوعاً في النساء والرجال، وبداية المرض تكون في العشرينات، رغم أن هنـاك تقارير بوجود حالات من الحمية والقيء لدى 40% من طالبات الجامعات، وفي بعض الأحيان يكون هناك سمنة سبقت الحالة.

تناسى نفسك والجمهور وركز على الرسالة والهدف من المحاضرة

الأسبـــــــــاب:

هناك تأكيد على أن عدة ناقلات عصبية كيماوية تكون متأثرة، ومن الناحيـة الإجتماعية غالباً ما تكون هؤلاء النساء من ذوات التحصيل العالي وتحت ضغوط إجتماعية، ونسبة كبيرة من هؤلاء المريضات يعانون من الإكتئـاب ولا يوجـد صراعات عائلية ملحوظة لديهن، والبعض يصفن الآباء والأمهات بأنهم مهملـين ورافضين الأسباب النفسية، يغلب على هؤلاء النساء أنهن أكثر إجتماعيـة وأقـل غضب، لكنهنّ مندفعين وقد يسيئوا إستخدام الكحول وقد يسرقوا مـن المحـلات ويكون لديهنّ إضطرابات عاطفية ومحاولات إنتحار، وغالباً مـا يكـون لـديهن البصيرة المرضية ويلجأن إلى العلاج أكثر من مريضات القهم.

إكتسب الخبرة وهي التي تبني الثقة.

مآل المرض:

غالباً ما يكون المرض جيد وأكثر من 50% من المريضات يؤكـدن علـى تحسن ممتاز، وقد يستمر التحسن لفترة خمـس سـنوات، وهنـاك نسـبة مـن المريضات يتأرجحن بين مد وجزر في إستقرار الحالة وعودتها، ونسبة قليلة

يتطلبن الدخول للمستشفى، وبعد عشرة سنوات من تشخيص الحالة فإن خمس المريضات يكنَّ في معاناة هذا المرض.

العـــــلاج:

يستعمل في هذه الحالة كافة الوسائل العلاجية النفسية من العلاج المعرفـــي إلى السلوكي والجماعي والعائلي والعـــلاج بالعقـــاقير، وخصوصـــاً مضـــادات الإكتئاب، ولا تتطلب هذه الحالات على الأغلب الإدخال للمستشفيات.

23- الإنتحـــــــار

عندما تعلم أنك ستلقي خطاباً أو كلمة أو محاضرة فلا بد من التحضير وهذا يعتمد على الخبرة والمعرفة ، ولا بد أن يشمل التحضير بعض النقاط الرئيسية المناسبة للوقت والمكان والجمهور

غريزة حب البقاء والخوف من الموت وعدم التفريط بأي جزء من الحياة ، هي من طبيعة الإنسان التي تجعله يمارس حياته ويتخطى الصعاب ، ويتعايش مع مختلف الأوضاع ويحمي نفسه وأسرته ومجتمعه من مختلف الأخطار ، ولكن أن يصل المرء إلى طريق مسدود ويشعر أن خلاصه الوحيد من العذاب هو الموت هي حالة إستثنائية رغم شيوعها ، لأن الكثير منا قد مر بذلك ولو للحظات ، أنه لا قيمة للحياة و لا داعي لها ، ونسبة أقل ورد في تفكيرها أن الحياة هي عبث والموت أفضل ، ونسبة أخرى أقل أيضاَ مرت بظروف وأحوال معينة تمنت الموت وقد تكون خططت له ، إضافة إلى آخرين حاولوا الإنتحار ولم يوفقوا ولم يعلنوا عن ذلك ولا يعرف أحد عن فعلتهم ، وهناك فئة أخرى تحاول الإنتحار وتصل الى علم السلطات المختلفة في الدول المختلفة ، بمعدلات تصل إلى (350-500) محاولة إنتحار لكل 100 ألف نسمة ، وهذه الحالات أصبح من المتعارف على تسميتها (محاولات إيذاء النفس المتعمد) لأن نية الإنتحار قد لا تكون موجودة فيها .

وأما الأرقام في الأردن والدول العربية فهي منخفضة جداً لسببين :

الأول : أن محاولات الإنتحار أقل نسبياً وأن التبليغ نادر ، وبالنسبة لمعدلات الإنتحار الفعلية عالمياُ فإنها تتراوح ما بين(15-40) حلة إنتحار لكل مائة ألف من السكان ، وبينما تجد معدلات الدول العربية عموماً أقل بكثير و تتجاوز المعدلات في بلد مثل الأردن (1-2) لكل 100 ألف من السكان سنوياً .

الثاني : الترابط الإجتماعي والوازع الديني بالدول العربية والإسلامية ، يلعب دوراً مهماً في إنخفاض معدلات الإنتحار .

وهناك ظواهر تثير الإهتمام في موضوع الإنتحار ، مثل إنخفاض معدلات الإنتحار في الحروب والأزمات ، كما حصل في الحرب العالمية الأولى والثانية ، وكما حدث أيضاً في الإنتفاضة في الضفة الغربية والأراضي المحتلة ، ومن الواضح أن التفسير لذلك يكمن أن وجود مشكلة عامة وجماعية ترفع من إلتحام الفرد بالمجموعة ، أو التخفيف من التركيز على الفردية والمشاكل الشخصية ، ولكن معدلات الإنتحار سرعان ما تعود للإرتفاع بمجرد توقف الأزمة ، كما أنه من المعروف أيضاً أن معدلات الإنتحار ترتفع في فترة الربيع ، في نصفي الكرة الشمالي والجنوبي ، مع أن الإعتقاد البديهي أن الربيع هو من أجمل الفصول ولا بد أن يستمتع الناس به ولكن هذا يبدو عكس الواقع وأن الشخص الإنتحاري قد يزيد تصميماً ، عندما يرى جمال الطبيعة ، و إنتعاض الناس ، وعدم قدرته على مجاراة ذلك ، كما أن للتغيرات الجوية المختلفة آثارها الكيماوية على الناقلات العصبية ، التي تنظم المزاج دوراً مهماً ، ومن الملاحظ أن القانون الأردني حتى الآن ، لا يجبر من حاول الإنتحار على العلاج ، وإنما تطالب الجهة الطبية التي أسعفته بتبليغ الأمن أو الإدعاء العام ، وذلك للتأكد أن ما قام به هو فعلاً إنتحار ، ولم يكن بتحريض أو مساعدة من أحد ، ثم يتم إقفال ملف التحقيق دون أي توجيه بضرورة التقييم والمساعدة النفسية ، ولا بد من الإهتمام بهذا الأمر إذ أن أكثر من ثلثي المنتحرين يكونوا قد حاولوا الإنتحار سابقاً ولم يكترث أحد ، وقد تكون المحاولات تكررت أكثر من مرة ، كما أن ثلاثة أرباع المنتحرين يكونوا قد أعلنوا صراحة أمام ذويهم أو أطباءهم رغبتهم في الإنتحار ، ولم يؤخذ هذا الكلام على محمل الجد ، ولم يقدم لهم أي مساعدة ولا إهتمام . وفي دراسة سابقة قمت بها لتحليل الرسائل التي يتركها من حاولوا الإنتحار ومن إنتحروا فعلاً ، فقد كان من الواضح أن العزلة الشديدة والوحدة كانت العامل المشترك بين المنتحرين .

وأما أسباب الإنتحار فهي عديدة ، ولا يمكن أخذ أي منها بمعزل عن الأسباب الأخرى ، فهناك مؤثرات وعوامل لا بد أن تؤخذ بالإعتبار عند تقييم الخطورة الإنتحارية للفرد وهي :

1. البطالة .

تدرب على الأداء لوحدك أو على شريط كاسيت أو فيديو. وخذ قسطاً من الراحة قبل المحاضرة

تحمّل الدقيقة الأولى ، ولا بأس أن تكون قد حفظت كل ما ستقوله فيها لأنه بعد مرورها يبدأ التوتر بالانحسار

2. الأمراض العضوية الشديدة المستعصية .
3. محاولات الإنتحار السابقة .
4. الإكتئاب وخصوصاً المزمن والشديد والمستعصي ، والذي يشكل بمجموعه ثلاثة أرباع حالات الإنتحار .
5. وجود سوابق إنتحارية لدى الأسرة مثل إنتحار الأب ، أو الأم الجد والعم وما إلى ذلك .
6. الأمراض الذهانية بشكل عام ، والفصام العقلي بشكل خاص .
7. الإدمان على الكحول والمخدرات .
8. الآلام والأمراض المزمنة الشديدة والسرطان .
9. أحداث الحياة الكبيرة المفاجئة ، التي لا يقوى الفرد مع التعامل معها .
10. الشخص الذي يعيش بمفرده دون وجود شبكة دعم إجتماعي .
11. الرجال أكثر إنتحاراً من النساء .
12. كبار السن أكثر إنتحاراً من الصغار .
13. الأعزب والمطلق أكثر إنتحاراً من المتزوج ، والمتزوج ولديه أطفال أقل إنتحاراً من المتزوج بلا أطفال .

كل هذه الأسباب وغيرها يمكن أن تلعب دوراً في وصول المرء الى قرار إنهاء حياته .

تآلف مع الميكروفون وتعرف على أسلوب عمله والمسافة الصحيحة لبعده أو قربه منك

ومن الأساليب المتبعة في مجتمعنا :

1. إطلاق النار.
2. الحرق .
3. إبتلاع الأدوية .
4. الغرق .
5. القفز من أماكن مرتفعة .

تواضع في تقديمك للموضوع مهما كنت عالم به فهذا يقرب المسافة بينك وبين الجمهور

الإيذاء المتعمد للنفس (محاولات الإنتحار)

قلنا أنها أكثر إنتشاراً وتختلف بأنها أكثر بين من هم أصغر سناً ، وأكثر بين الإناث من الذكور ، وغالباً ما تلعب عدة عوامل في حدوثها :

1. إضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة ، السيكوباثية والهستيرية .
2. الإدمان بأشكاله المختلفة .
3. محاولات لفت النظر .
4. المشاكل الإجتماعية والعائلية المعقدة .
5. الخبرات السابقة لدى من آذوا أنفسهم بأن هذا الإيذاء يحقق مطالبهم .
6. رغم المطالبة بالمساعدة بشتى الوسائل ، كثير من هؤلاء يكون طلبهم قد رفض .

ونسبة لا بأس بها ممن يحاولون الإنتحار ويقوموا بإيذاء أنفسهم ، ينتهي بهم الأمر إلى الإنتحار الحقيقي بقصد أو غير قصد.

التعامل مع المريض الإنتحاري

إن التعامل مع المريض الإنتحاري يتطلب تقييماً كاملاً لوضعه النفسي و الإجتماعي والصحي ، وقد يتطلب إدخاله المستشفى بالحالات التي يتعذر معالجته كمريض خارجي خصوصاً أولئك الذين لديهم تصميم على الإنتحار ، والأخطر منهم الذين لديهم تصميم على القتل أولاً ثم الإنتحار ، وهذا القتل الذي يسبق الإنتحار يسمى القتل رأفة إذ أن المنتحر يريد أن يخلص زوجته وأبناءه من العذاب الذي مر به فيقتلهم أولاً ثم يقتل بنفسه ، وقد دلت بعض الإحصاءات على أن ربع حالات القتل تنتهي بالإنتحار ، وبالتالي فإن تقييم الحالة بحرص ودقة و إتخاذ الإجراءات اللازمة طبياً أمر في غاية الأهمية ، ولا يمكن تجاوزه أو إغفاله.

كما يلاحظ أن بعض الأطباء يتحاشوا الاستفسار عن النوايا الإنتحارية ، إما لأنهم يعتقدون أن هذا الإستفسار قد يدفع الشخص للإنتحار ، أو لأنهم لا يعرفون ما هو الإجراء المناسب إذا تبين فعلاً أن الشخص ينوي الإنتحار . والتعالم مع الإنتحار لابد أن يأخذ أسلوب علمي واضح ويستعين الطبيب بذوي المريض بحالة رفضه للعلاج .

الوقاية من الإنتحار

أولاً : الوقاية الأولية ، ويقصد بها أن لا يحدث محاولات لإيذاء النفس أو الإنتحار إن أمكن ، وهذا يأتي عن طريق زيادة الترابط الإجتماعي ، والوازع

عن أسباب الخوف الاجتماعي فهو خليط من الموروث والشخصية والبيئة والتربية والخبرة التي تؤدي لظهور الخوف وأعراضه كالرهبة ، تهدج الصوت ، التلعثم ، رجفة اليدين ، تصبب العرق ، سرعة ضربات القلب ، صعوبة التنفس

الديني ، والتعامل مع المشاكل التي تؤثر على الصحة النفسية أولاً بأول دون تركها للوصول إلى درجات كبيرة ، وفيما لو إضطربت الحالة النفسية لأي سبب ، فلا بد من التدخل الفوري والمباشر دون إهمال على الإطلاق .

ثانياً : الوقاية الثانوية وهي التعامل مع كافة محاولات الإنتحار مهما بلغت درجتها من الشدة أو البساطة ، بأسلوب علمي وقانوني سريع للتقييم وتقديم المساعدة الممكنة .

ثالثاً : من الملاحظ أن هناك أسباب رئيسية هي الإكتئاب والإدمان والفصام تشكل النسبة الكبرى من المنتحرين ، ولا بد من معالجة هذه الأمراض ونشر الوعي بين الناس عن أهمية معالجتها حتى نتمكن من إيقاف مذبحة الإنتحار .

ومن الملاحظ أن الكثير من أولئك الذين يقدموا على الإنتحار يكونوا معروفين لدى الجهات الطبية النفسية ولدى ذويهم ، إلا أنهم لا يتلقوا العلاج الصحيح المناسب المنتظم والرعاية المطلوبة رغم أنهم يكونوا قد هددوا وحاولوا الإنتحار في السابق .

من المفيد أن نعرف بأن هذه الحالة (الرهاب الإجتماعي) لها علاج وهو نفسي سلوكي على أساس المواجهة الفعلية أو بالتخيل ، وكما أن هناك علاج دوائي لأعراض الخوف التي تربك صاحبها خصوصاً الظاهر منها

24- الإنتحــــــار والإســـــــــلام

مقدمة :

الإنتحار هو قتل النفس المتعمد ، وهو سلوك إنساني بالغ التعقيد لـــه جــذور بيولوجية وإجتماعية ودينية ونفسية ، وحسب إحصاءات منظمة الصحة العالميــة فإن مليون إنسان ينتحروا سنوياً ، وبالتالي فإن المعدل العــالمي هــو 16 حالــة إنتحار لكل 100000 من السكان أي وفاة بالإنتحار كل 40 ثانية . وفي خــلال 45 سنة إرتفعت معدلات الإنتحار 60% عالمياً . والإنتحار الآن مــن الثلاثــة أسبابا الرئيسية للموت في الأعمار بين (15 – 44) سنة) في الجنسين ، أمــا محاولات الإنتحار فهي 20 ضعف الإنتحار المكتمل .

إن معدلات الإنتحار تتحدد بالعمر والجنس والعرق ، أما الخلفيــة الدينيــة فلها تأثير كبير على هذا المعدل ، بالنسبة للرجال فإن المعدل يتزايد مــع العمــر ويصل الذروة بعد سن الخامسة والستين ، ومعدل إنتحار الإناث أقل وتكون أعلى في الأربعينات والخمسينات من العمر ، ويصل معدل إنتحار الرجال ثلاثة

أضعاف النساء ، وفي السنوات الأخيرة ظهر تغير مزعج في إرتفاع معدلات الإنتحار بين الشباب والفتيات في مقتبل العمر ، ويرتبط هذا بالتغير الإجتماعي والتفكك الأسري والإبتعاد عن الدين و إنتشار تعاطي المؤثرات العقلية . إن معدلات الإنتحار في الدول الإسلامية مازالت أقل ، ولكنها في إزدياد مع أن عدم التبليغ ما زال يلعب دوراً في عدم دقة الإحصاءات .

الثقافات والإنتحار :

يحدث الإنتحار في كل العصور ، وكل مناطق وثقافات العالم ، ولكن نمط الإنتحار يرتبط بالثقافة . إن الحضارة الغربية ذات المجتمعات الغنية والرعاية الجيدة تشكو من الفقر العاطفي ، حيث تآكل الإرتباط بالشبكة الإجتماعية ولم يعد هناك إنتماء للبيئة المحلية ، وهناك دلائل كثيرة بأن الدول النامية بدأت تتدخل مرحلة زيادة معدلات الإنتحار .

الديانات والإنتحار :

إن الإسلام هو أكثر الديانات التي تدين الإنتحار حيث أعتبر الحياة هبة من الله وعلينا تقبل تبعاتها وتحديداً إثنين ، العرفان بالحياة التي منحت لنا ، و الرضوخ لله عز وجل ، ولا يمكن تحقيق أي من هذين الواجبين بواسطة الإنتحار . وعلى العموم فإن الدول الإسلامية تسجل معدلات إنتحار أقل من العالم المسيحي ، ومع أن المعدلات في الدول الإسلامية منخفضة إلا أنها ترتفع بين المسلمين المهاجرين للغرب . وتتفاوت الديانات في مواقفها من الإنتحار , فالهندوسية مثلاً لم تتخذ موقفاً سلبياً من الإنتحار وفي أحوال معينة شجعته كحرق الزوجة نفسها مع جثة زوجها المتوفي ، وتحفظت في الأحوال التي يكون فيها الإنتحار بلا هدف . أما تعاليم كنفوشيوس فلا تسمح بالإنتحار . وفي اليابان أخذ الإنتحار طابعاً تقليدياً وطنياً أكثر من باقي العالم ، وخلفية اليابان الدينية هو البوذية و الشينتويه .

أسباب الإنتحار :

تغيرت تفسيرات الإنتحار تاريخياً من فلسفة الأخلاق إلى العلوم الطبية والبيولوجية والنفسية والإجتماعية ، والتي تتناول الإنتحار كظاهرة فردية وكظاهرة سريرة وتحد للصحة العامة في محاولة فهمها ، إن العوامل النفسية

اضطراب الشخصية التجنبي Avoidant Personality Disorder. طراز من الشخصية المكبوتة اجتماعيا، ومع الشعور بالعجز والنقص، والحساسية المفرطة للنقد. وتظهر في البلوغ

والإجتماعية والبيولوجية التي سوف نستعرضها في الإنتحار هي كمــا جــاء تحديدها في الدراسات السريرية والوبائية .

1- الأسباب البيولوجية :

هناك زيادة في الإنتحار ببعض العائلات ، كما أن دراسات التوائم أظهــرت إرتفاع الإنتحار في التوائم المتشابهة عن التوائم غير المتشابهة ، وحدوث الإنتحار في الفرد التوأم قد يشير التي تقليد السلوك ، كما أنه من الممكن أن يكون إنتحــار أحد التوأمين رادعاً للآخر بعدم الإنتحار ، وإن عدم وجود توافق كامل في التوائم المتشابهة من حيث إنتحار الإثنين يدعم الدور المهم للأسباب البيئية ، أما دراسات التبني على الطريقة الغربية فقد أظهرت إرتفاع معدلات الإنتحار بين أقارب الدم للمنتحر عن أقارب التبني .

دلت دراسة الأدمغة بعد الإنتحار على وجود نقص في مــادة الســيروتونين وخاصة بوظائفها في القشرة الدماغية الجبهية والذي يساهم في إفــلات الســلوك العدواني و الإندفاعي ، وتدل الدراسات السريرية علــى أن العنــف يزيــد فــي الأشخاص الذين سبق لهم أن حاولوا الإنتحار وأن السيروتونين الــدماغي يتــأثر بعوامل بيئية كثيرة كالضغوط النفسية و الفقدان ، وإســاءة إســتعمال المــؤثرات العقلية و إنخفاض معدل الكولسترول والإكتئاب النفسي ، وكلها ترتبط بالإنتحار .

2- العوامل النفسية :

لقد تركزت وجهة النظر الدينامية على دور الصراعات والفقدان والتغيرات في العلاقات كعوامل مساهمة في خطورة الإنتحار ، وينظر للإنتحار علــى أنــه عمل ذهاني أو اكتئابي ، ويقترن أحياناً بآمال الهروب أو المكافأة أو إعادة اللقــاء أو البعث من جديد . وفي وجهة النظر التحليلية فإن الإكتئاب ليس بالضرورة أن يكون تشخيص إضطراب مزاجي محدد ، ولكن معاقبة الذات تنطلق من الشــعور بالذنب أو العار ، ويمكن فهم الإنتحار نفسياً على أنه ردة فعل مبالغ فيهــا مــن الإستغراق بالإهانة وخيبة الأمل التي تنطلق من دوافع عنيفة وعقابية وإنتقاميــة ، والتضحية والرغبة في القتل والموت أو الشوق لخبرات أفضل بعد الموت ، كما يكون الإنتحار أحياناً أمل في الوصول للبطولة أو الإندماج في عالم آخر ، ومن

نوع الشخصية الحساسة Sensitive Personality Type وهو نمط للشخصية أكثر من كونه اضطراب. ويكون صاحب هذه الشخصية غير مرتاح اجتماعيا وخائف من التقييم السلبي له وبالتالي يكون جمود اجتماعي

معاني الإنتحار المألوفة الوحدة الشديدة ، والعزلة خصوصاً فـي أصـحاب الشخصيات المضطربة ، كما تغلب وسائل الدفاع والتمسك بالأشياء أو الأشخاص المفقودين والعنف ضد الذات بالإضافة للأمراض النفسـية والعضـوية ، التـي تدعمها عوامل بيولوجية ووراثية ، وهذه جميعاً تساهم في حدوث الإنتحار ولكن أي منها لا يعتبر ضروري ولا داعي لحدوثه بحد ذاته ، إقترح العـالم (تودو) مغزى مشترك للعمليات النفسية المختلفة وتفسيرها للإنتحار ، علـى أنـه الدفاع الأخير عن الهوية والذات ، وردة الفعل هذه تأتي من التهديد الكبير لإحترام الذات والثقة بالنفس ، غالباً عن طريق الفقدان وخيبة الأمل بهؤلاء الأشخاص أو المجموعات الإجتماعية أو النشاطات المهنية والتي كان فيها إستثمار إنفعالي كبير ، والتي أحياناً ما تؤدي بشكل واضح إنفعالي للشعور بتحطيم الذات الشديدة الذي لا يمكن إصلاحه .

ومن المعروف أنه كلما إزداد التوتر و الإهتمامبالإمتحان كلما كان الأداء أفضل، ولكن هذا يصل إلى حد معين يبدأ بعده الأداء بالتراجع التدريجي وقد يتوقف نهائياً رغم الدراسة

3- العوامل الإجتماعية :

الدراسات الإجتماعية تبحث في الأنماط الإجتماعية الثقافية التي تؤثر علـى الإنتحار بما في ذلك الأسرة ، الثقافة ، الدين ، المهنة ، والمستوى الإقتصـادي و الأجتماعي ، والمجموعات والتنظيمات المختلفة ، ويكن ذلك مأخوذ من الدراسات البيئية والوبائية التي تبحث في علاقة معدلات الإنتحار مع المتغيـرات السـكانية والطائفية ، لقد بدأت الدراسات الإجتماعية الحديثة بالعالم مورسيلي ودركهـايم ، وتلاهما الإقتصاديات الإجتماعية التي قام بها مالتاس والتحديد التطوري لدارون ، وقد فسر مورسيلي الإنتحار بأنه نهاية عدم وجود المتطلبات الحيوية وبالتأكيـد فقدان الأضعف ، أما دركهايم فقد ميز ثلاث أنـواع مـن الإنتحـار : الـذاتي و الإيثاري والعدائي معتمداً على الدور الإجتماعي أو العلاقات السلبية التي تـرتبط بالإنتحار كما أن الإنخراط بعلاقات سيئة والعلاقة مع مجموعات متطرفة له أثر ، والعزلة الإجتماعية والحرمان المادي والعاطفي تلعب دوراً هاماً في الإنتحـار ، وعلى هذا فإن النموذج النفسي الحيوي الإجتماعي متعدد العوامل هـو المقبـول حالياً ، فهو يقدم النموذج النظري الشامل .

- التأثيرات العالمية : إن التغيرات العالمية في القرن العشرين كان لها تأثير قليل على معدلات الإنتحار الإجمالية ، ومع هذا فإنه على عكس المتوقع ، فقد إرتفعت معدلات الإنتحار في الدول التي لم تدخل حروب ولم تتعرض لكوارث إقتصادية ، وهذه الزيادة حدثت بشكل خاص في الدول التي تمتعت بمعدلات منخفضة في عام 1900 ، فعلى سبيل المثال في الولايات المتحدة الأمريكية كان معدل الإنتحار 10.2 لكل 100000 من السكان في عام 1900 ، أرتفع إلى 6.2 في بداية الحرب العالمية الأولى ، و إنخفض في العشرينات ليرتفع ثانية إلى 17.4 في مرحلة الركود ، ثم إنخفض ثانية في الحرب العالمية الثانية بينما المعدل في ألمانيا بقي ثابت و إنخفض قليلاً ، و إرتفع المعدل في دول لم تكن معنية مباشرة بالحرب مثل فنلاندا ، وأيرلندا ، ولكن بالنسبة لمعظم مناطق العالم فإن الحربين الأولى والثانية ترافقت مع إنخفاض المعدل ، ومن الملحوظ أن الدولة المهزومة والمحايدة تساوت في ذلك ، يستثنى من هذا زيادة إنتحار النساء بعد فقدان أحد أفراد العائلة في الحرب ، وعموماً فإن معدلات الإنتحار تقل في الكوارث والأزمات وتزيد بعد إنتهاء الحالة الطارئة .

- **الحالة الزوجية والتوجه الجنسي :**

هنا معدلات أقل للإفراد المتزوجين ولديهم أطفال صغار ، وغالباً ما يرتبط هذا بزيادة الشعور بالمسؤولية ، كما أن هناك تحيز في الإختيار نحو الأشخاص الأكثر تكيفاً وتأقلماً في حياتهم ، وعلى العكس فإن الرجال الأرامل كبار السن يحملوا الخطر الأكبر في الإنتحار .

وجدت الدراسات إرتفاع ملحوظ في الشباب المثليين جنسياُ ومزدوجي الإتجاه فقد وصلت 20-39% ، وهذا يعتبر 5-10 أضعاف المعدل المتوقع ، والدراسات الجديدة تؤكد الدراسات القديمة بأن المثلية الجنسية تؤدي للضغط الإجتماعي وفقدان الهوية وصراعاتها وبالتالي زيادة السلوك الإنتحاري .

- **الطبقة الإجتماعية الإقتصادية :**

يرتفع الإنتحار في طرفي الطيف الإقتصادي الإجتماعي ، كما أن هناك زيادة واضحة عند التغّير في الطبقة الإجتماعية الإقتصادية صعوداً أو هبوطاً ،

الدراسة الصحيحة: هي الدراسة المنتظمة بشكل يومي طوال السنة أو الفصل وهناك عطلة أسبوعية يوم واحد

الدراسة الصحيحة: هي التي تأخذ بعين الإعتبار الحاجات الأخرى للطالب كالإستراحة والرياضة والعلاقات الإجتماعية والهوايات ومشاهدة التلفزيون وأوقات الصلاة والأوقات التي تتطلبها المناسبات الإجتماعية المختلفة

كما أن مستويات التعليم العالية والبسيطة تظهر معدلات أقل ، أما العلاقة بين السلوك الإنتحاري والبطالة فهي متناقضة ، ولكن هناك مؤشرات بأن البطالة قد تساهم في خطورة الإنتحار بشكل غير مباشر ، عن طريق التأثير على توتر الجو الأسري والحرمان المادي ، وفقدان الدور الإجتماعي وإحترام الذات التي تؤدي إلى العزلة واليأس وتعاطي الكحول والعنف .

- **الدين :**

مع أن معظم الأديان تعارض الإنتحار ، فإن معدلات الإنتحار تتفاوت بين الديانات والمناطق التي يسودها دين معين ، فعلى سبيل المثال فإن مورسيلي قد وجد معدلات الإنتحار أقل بين الأوروبيين الكاثوليك من البروتستانت واليهود ، ومعدل الإنتحار للدول الأوروبية الكاثوليكية هو 12.5 لكل 100000 من السكان مقارنة بمعدل 17.6 بالدول التي يسودها البروتستانت ولكن دون وجود فرق بين أيرلندا الشمالية والجنوبية .

كما أن خطورة الإنتحار تكون أقل في من يمارسوا الشعائر الدينية ، بعض هذه الفروق قد تكون نتيجة لأسباب عملية مثل عدم التبليغ والتي تسود في الدول التي فيها مواقف قوية ضد الإنتحار ، فعلى سبيل المثال بعض الدول الكاثوليكية أظهرت إرتفاع واضح بمعدلات الإنتحار نتيجة لتحسن التبليغ وقبول جنازات ومراسم دفن المنتحرين ، أما التقارير من الدول الإسلامية فإنها تشير إلى معدلات تتراوح بين 1.5–10 لكل 100000 من السكان .

- **المعيشة في المدن والريف :**

عادة ما تتهم الحياة في المدن بأنها تخلق بيئة عازلة فردية ترتفع فيها معدلات الإنتحار ، مرسيلي لم يجد فروق بين معدلات الإنتحار في المدن والريف . في الولايات المتحدة وتحديداً في الولايات التي فيها أكثر عشرة مدن مزدحمة تشكل 87% من السكان ، كانت معدلات الإنتحار مثل المعدل العام أو اقل بقليل ، أما في أستراليا مؤخراً فكان هناك زيادة في معدلات الريف ، ومن الممكن أن يكون عدم توفر الخدمات المناسبة في الريف أهم من عامل العزلة الإجتماعية في المدن .

الدراسة الصحيحة : التي تقوم على مبدأ التحضير، الدراسة ثم المراجعة والطالب الذي يتبع هذا الأسلوب يجد أنه يكرر الدرس ثلاث مرات قبل أن يأتي للإمتحان

- **الجنس والعرق :**

في الولايات المتحدة معدل إنتحار الرجال البـيض هـو 20.3 % لكـل 100000 وهذا ضعف المعدل لدى السود وغيرهم من غير البـيض ، وكـذلك المعدل للمرآة البيضاء في الولايات المتحدة 4.8لكـل 100000 هـو ضـعف المعدل للمرآة السوداء وثلاثة أضعاف النساء من غير البـيض والسـود ، وفـي أوروبا معدل إنتحار المنتحرين من أصل فنلندي هو ضعف المعدل الأوروبـي ، وتبدو الفروق العرقية في معدلات الإنتحار مستقلة عن مكان السـكن الحـالي ، فعلى سبيل المثال المهاجرين الألمان والفرنسيين والإنجليز في ولايـة نيويـورك معدل إنتحارهم أعلى من باقي البيض الذين يعيشوا في المنطقة ، أما المهـاجرين الإيطاليين فمعدلاتهم أقل وهذه المعدلات جميعها قريبة من معدلات الـبلاد التـي ينحدروا منها .

- **الإنتحار بالتقليد :**

مع أن الإنتحار أمر شخصي إلا أن تأثير القوى الإجتماعية بما فيها التقليـد وارد ، وفي الأدب الرومانسي الكثير من حالات الإنتحـار بالتقليـد ن وكمثـال واضح من رواية جوتة (1774م) والتي إنتحر فيها البطل (و يرذر) عنـدما رفضته الفتاة التي أحبها ، وهذا الموت الروائي تبعه موجة إنتحارات مـن قبـل الشباب في الواقع ، مما جعل إستعمال مصطلح (أتر ويرذر) (الإنتحار بالتقليد الرومانسي) ، في عصرنا الحاضر يبدو أن الإنتحار بالتقليد يتأثر بوسائل الإعلام واسعة الإنتشار ، والتي بدأت تتحفظ أحياناً على التقارير المثيرة للإنتحار والتي تحمل تفاصيل وطرق الإنتحار .

عوامل الخطورة :

1- العوامل السكانية والإجتماعية :

* الرجال الشباب وكبار السن .
* الأمريكيون الأصليون والجنس القوقازي .
* الأرامل ، فالمطلقين ثم المنفصلين فالعزّاب .
* العزلة الإجتماعية بما فيها الأماكن الجديدة والمتهالكة والمواقع الريفية .

الدراسة الصحيحة : يجب أن لا تقترن بطقوس خاطئة مثل تناول القهوة بكميات كبيرة والشاي والمنبهات أو المهدئات والسجائر، ومن الممكن أن تقترن بعادات جيدة كالرياضة والموسيقى وقراءة القرآن

الضغوط المالية الجديدة والمهنية والفقدان والإهانة .

* المقامرة .

* سهولة الوصول لوسائل الإنتحار كالأسلحة النارية والمواد السامة وغيرها.

2- العوامل السريرية :

* إضطرابات الشخصية الحدية والنرجسية والمضادة للمجتمع .

* تاريخ وجود سمات العنف و الإندفاع .

* وجود مرض عضوي .

* وجود تاريخ إنتحار بالأسرة .

* محاولات الإنتحار السابقة أو غيره من الأفعال الإندفاعية أو إيذاء الذات .

* الغضب والتهيج وإنحسار الإهتمامات .

* إساءة إستعمال الكحول والمؤثرات العقلية وشراهة التدخين .

* سهولة الوصول للسموم القاتلة وخصوصاً الأدوية .

* خطط الإنتحار والتحضير للموت وكتابة وصية .

* قلة التردد فيما يخص الحياة مقابل الموت .

3- العوامل المتعلقة بالشباب :

* كل ما سبق مع إنخفاض الفروق العرقية .

* الزواج حديثاً ، الحمل الغير مرغوب فيه .

* عدم توفر الدعم العائلي .

* وجود تاريخ لأشكال الإساءة .

* مشاكل دراسية .

* الإهانة والصدام الإجتماعي .

* إضطرابات السلوك

* الميل للشذوذ الجنسي .

4- العوامل المرسبة :

* الضغوط الحديثة خصوصاً فقدان الأمان العــاطفي ، أ, الإجتمــاعي ، أو المادي أو المالي .

الدراسة الصحيحة: لا يجب أن تأخذ فترة طويلة لأن التركيز الإنساني يفتر بعد 40-50 دقيقة في الأغلب، وبالتالي فإن الدراسة يجب أن تكون على جولات كل جولة ساعتين يتخللها إستراحة ربع ساعة، وبين الجولة والأخرى هناك ساعة إستراحة

العوامل الواقية :

- الزواج ووجود شبكة دعم إجتماعي .
-الإيمان و الإلتزام بالدين وخصوصاً الإسلام .
-وجود أطفال معتمدين .
-وجود علاقة مستمرة داعمة مع من يقوم بالرعاية .
-عدم وجود الإكتئاب أو إساءة إستعمال المؤثرات العقلية .
-القرب من الخدمات الطبية والنفسية .
-معرفة أن الإنتحار هو محصلة مرض .
-توفير مهارات حل المشاكل والقدرات على التحمل .

الإضطرابات النفسية :

أظهرت الدراسات أن أكثر من 90% ممن ينتحروا يعانوا من إضطرابات نفسية هامة ، ونصفهم يعانوا من الإكتئاب وقت الإنتحار . ثلث الإنتحار يحدث في أشخاص مدمنين كحول ، مرضى الفصام ، إضطرابات القلق ، وأما باقي الإضطرابات النفسية فهي أقل في الإنتحار . حوالي 5% من المنتحرين يعانوا من أمراض عضوية هامة ، كما أن الإنتحار مرتفع بين الأشخاص الذين يعانوا من إصابات الدماغ ، الصرع التصلب اللويحي ، مرضى هنتغتون ، مرضى باركنسون، السرطان ، ومرضى الإيدز والذي يصل فيه معدل الإنتحار 7 أضعاف المعدل العام بين السكان .

هناك نسبة قليلة من الأشخاص الذين ينتحروا لا يبدو أنهم مصابين بأي مرض نفسي . البعض يجادل بأن هذا النوع من الإنتحار منطقي ، وله أسبابه وقناعاته في الحاجة للموت ، على سبيل المثال الرجل الأرمل ويعاني من سرطان متقدم طبياً ، كئيب وليس له أي أمل في المستقبل ويرغب في وضع حد للألم والمعاناة . قد يكون العديد من هذه الإنتحارات التي تبدو ظاهرياً على أنها منطقياً هي في الحقيقة غير منطقية ، ولكن ببساطة المعلومات غير متوفرة لتأكيد الحالة النفسية، لأن الشخص قد فارق الحياة ، وكان معزول إجتماعياً ولا يوجد أي شخص يعطي معلومات .

الطالب عندما يفكر يجب أن يفكر في المادة التي أمامه فقط وليس في ما سيأتي وما كان في الإمتحان السابق ومن نجح ومن رسب، وكيف يدرس وكم ساعة سيحتاج مقارنة بغيره، وهل سينجح مثلهم، وكل هذه المقارنات هي غير مفيدة ولا تؤدي إلى نتائج أو علامات

مشاكل سريريه :

عرض الحالات على الأستاذ الدكتور محمود السرطاوي أستاذ الشريعة في الجامعة الأردنية .

الحالة الأولى :

رجل أردني مسلم متمسك بدينه ويراعي كل العبادات المطلوبة ، وهـو رجل أعمال . في شهر رمضان المبارك في الرابعة صباحاً قتل نفسه في غرفـة مغلقة ، يقطع شرايين الرسغ وبلع أكثر من مائة حبة من أدوية مختلفـة وأطلـق النار على رأسه ، كان الإنتحار صدمة كبيرة للأسرة والأصدقاء ولـم يصـدقوا قرار المدعي العام بإعتبار الموت إنتحاراً . في وقت لاحق تم إكتشاف وصية من 20 صفحة والتي توضح بأنه كان يعاني من إكتئاب شديد وقد إضطراب تفكيره ، وتشاؤم شديد يتناقض مع خطبه ودروسه في المساجد وكل مكان . ومن الواضح أنه قد وصل لخلاصة من خلال قراءته للكتاب أنه مصاب بالإكتئـاب ، ولأنـه أعتبر أن طلب المساعدة من طبيب نفسي أمر مخجل ومشين وأن الإنتحار هـو البديل الأفضل .

الحالة الثانية :

رجل أردني مسلم أعزب ، أمضى نصف حياته يدخل ويخرج مـن السـجن لجرائم مختلفة ، وقد أساء إستعمال الحشيش والكحول والهيروين وكان له علاقات جنسية محرمة عديدة ، كما أنه كان مزدوج في توجهاته الجنسية ، كما كان يؤذي نفسه في مرات عديدة ، وكان عنيف مع كل الناس ، يسرق ويدمر الممتلكـات ، وكان له علاقات عاطفية عديدة ، أصيب بالإيدز ، وقد أحرق نفسه ومات .

الحالة الثالثة :

رجل أعزب مريض بالفصام عمره 25 سـنة ، يسـمع أصـوات ويتـوهم إضطرابات كثيرة في التفكير . الهلاوس السمعية كانت تعلق عليه أو تتكلم عنه ، وفي أحوال كانت تعطي أوامر في معظمها عنيفة ، وقفز من الطـابق الخـامس طاعة لهذه الأصوات ، وكان هذا ما قاله للأطباء في العناية المركزة حيث توفي بعد يومين.

لا ينصح قبل الإمتحان بتغيير مصادر الدارسة فمن كان يقرأ من كتاب لا يتحول إلى دفتر محاضرات أو العكس

بالنسبة للدراسة الجماعية بمعنى أن يكون هناك عدة طلاب يدرسون في آن واحد سواءاً في نفس المادة أو مواد مختلفة، فإن هذا غير مجدي إلا إذا كان للنقاش والذي يساهم في تثبيت وترسيخ المعلومات.

الحالة الرابعة:

إمرأة مسلمة متزوجة عمرها 28 سنة أصـــيبت بإكتئـــاب النفـــاس الشـــديد المصحوب بأعراض ذهانيه ، وشعرت أن الحياة بائسة ولا أمل لها ولا لوليـــدها الصبي ، وفي أوقات كانت تشعر أن أبنتيها (بعمر2 و 5 سنوات) همـــا مـــن الشياطين وكانت تهذي وخائفة ، وقد نصح طبيب التوليد الأسرة اللجوء لطبيـــب نفسي فوراً ولكن لم يفعلوا ، وذهبوا لشخص أدعى أنها ملبوسه من الجن ، وبـــدأ في سلسلة من الطقوس لإخراج الجن منها ، وشمل هـــذا الضـــرب ، وصـــدمها بالكهرباء ، وبعد عدة أيام أغلقت الأبواب على نفسها وأطفالها الثلاثة في المطبخ وفتحت الغاز وتوفيت وأطفالها .

ما هو رأي الإسلام في موتها وقتلها لأطفالها ؟

ما هو رأي الإسلام في الأسرة التي لم تقبل الرأي العلمي ؟

ما هو رأي الإسلام في المعالج (الشيخ) الذي عذبها وربما أعطاها الدفعة الأخيرة للموت ؟

النظرة الشرعية المعاصرة : (د . محمود السرطاوي)

من المقاصد التشريعية حفظ النفس ، وقد وضع الإسلام التشـــريعات الكفيلـــة بحفظ الأنفس بطريق الإيجاب أو السلب ، أما حفظها بطريق الإيجـــاب فيكـــون بإيجاب ما تحتاج إليه لبقائها من طعام وشراب وكساء ودواء ، قال تعالى " وكلوا وأشربوا ولا تسرفوا " وقال صلى الله عليه وسلم " تداووا فإن الله عز وجـــل لـــم يضع داءا ً إلا وضع له دواء غير داءٍ واحد ، الهرم " وأوجب القصـــاص علـــى القاتل ، قال تعالى " يا أيها اللذين آمنوا كتب عليكم القصاص في القتلى " وقـــال تعالى " ولكم في القصاص حياة يا أولي الألباب) . وبإباحة ما يكون به كمالهـــا على أحسن وجه من ألوان النعيم والزينة غير المحرمة والطيبات من الرزق قال تعالى " قل من حرم زينة الله التي أخرج لعباده والطيبات من الرزق " .

وأما حفظها بطرق السلب فقد حرم الإعتداء عليهـــا بالقتـــل أو الضـــرب أو الإهانة ، قال تعالى " ولا تقتلوا النفس التي حرّم الله إلا بـــالحق " وقـــد حـــرّم الإسلام على المرء أن يعتدي على نفسه بالقتل أو الإيذاء ، قال تعالى " ولا تقتلوا

توهم المرض من المشاكل النفسية الشائعة ويندرج في إطارها نوعين مهمين وهما المراق (Hypochondriasis) والتجسيد (Somatization disorder).

أنفسكم إن الله كان بكم رحيماً " وقال تعالى " ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكــة " ورتب على هذه الجريمة (الإنتحار) أكبر العقوبات فمر تكبها مخلد في نار جهنم شأنه شأن من كفر بالله تعالى ، قال صلى الله عليه وسلم " من تردى مــن جبــل فقتل فنسه فهو في نار جهنم يتردّى فيها خالداً أبداً ، ومن وجاء بطنه بحديدة (في يده) فحديدته في يده يجأ بها بطنه في نار جهنم خالداً فيها أبداً " .

وقد نهى الإسلام عن تمني الموت ، فعن أنس رضي الله عنه أن النبي صلى الله عليه وسلم قال " لا يتمنين أحدكم الموت لضر نزل به ، فإن كان لابد متمنيــاً للموت فيقل : اللهم أحيني ما كانت الحياة خيراً لي ، وتوفني ما كانت الوفاة خيراً لي".

إن المراق يبدأ في أي عمر مع أنه في الأغلب يبدأ في العشرينات ويأخذ مساراً مزمناً فيه فترات من الهدوء والشدة

وأصل المسؤولية الجنائية أن يكون الشخص عاقلاً مدركاً لأفعالــه مريــداً لها، فلا تقع المسؤولية الجنائية على المجنون أو المعتوه أو المكره ، ففي الحديث " رفع القلم عن ثلاثة : عن الصبي حتى يحتلم وعن النائم حتى يســتيقظ وعــن المجنون حتى يفيق " وفي الحديث " رفع عن أمتي الخطأ والنسيان وما إستكرهوا عليه ".

وترتفع المسؤولية الجنائية إذا إرتفع أحد أركانها فإذا إنعدم الإدراك أو إنعدمت الإرادة أو أصيب أحدهما بعلة بحيث لم يعد الشــخص مــدركاً تمــام الإدراك أو أضحت إرادته معيبة ، فلا تقع عليه المسؤولية الجنائية وبالتالي فإن المســؤولية الدينية التي مدار التكليف فيها العقل والإدراك ترتفع عنه أيضاً .

وفقدان القوى العقلية قد يكون تاماً ومستمراً " الجنون المطبق " وقد يكون تاماً وغير مستمر " الجنون غير المطبق " وقد يكون جزئياً فيفقد الإنسان قدرة الإدراك في موضوع بعينه ، ولكنه يظل متمتعاً بالإدراك فيما عداه وهذا ما يسمى بالجنون الجزئي ، وقد لا يفقد القوى العقلية تماماً ولكنها تضعف ضعفاَ غير عادي بحيث لا يصل الإدراك في قوته إلى درجة الإدراك العادي للأشخاص الراشدين وهــذا ما يسمى بالعته أو البله .

وجميع مظاهر فقدان الإدراك أو نقصانه تؤدي لإنعدام المسؤولية الجنائيــة ، ومن الحالات التي تنعدم فيه المسؤولية ، الحالات العصبية التي يفقد فيها المرضى

شعورهم و إختيارهم ، كما يفقدون إدراكهم ويأتون بحركات وأعمال وأقـوال لا يعونها ولا يدركون حقيقتها ، فهذه الحالات المرضية لم يتعرض لهـا فقهـاء الشريعة ، لأن العلوم النفسية لم تكن وصلت إلى ما وصلت إليه اليوم من التقدم ، ولكن قواعد الشريعة الإسلامية تبين لنا بوضوح حكم هذه الأفعـال ، فالمصـاب بالهستيريا مثلاً أو المريض بالملانخوليا الذي يتصور الأمور على غير حقيقتهـا ويدعه هذا التصور المغاير للواقع إلى إتيان أمور لا مبرر لها هو ناقص الإدراك وناقص الإرادة فيما يأتيه ، وترتفع عنه المسؤولية الجنائيـة كمـا ترتفـع عنـه المسؤولية الدينية ، ولا تطبق عليه أحكام الإنتحار ، ويأخذ نفـس الحكـم ذلـك الإنسان الذي يقع تحت سلطان فكرة معينة ، والشعور القوي الذي لا يدفع بالرغبة كمن يشعر أنه مضطهد أو أن أناساً يريدون قتله ، ويأخذ نفس الحكم ذلك الشخص المصاب بإزدواج الشخصية فيظهر في بعض الأحيان بغير مظهره العادي وتتغير أفكاره ومشاعره ، وقد تتغير ملامحه ويأتي أعمالاً ما كان ليأتيها وهو في حالتـه العادية ، ثم تزول الحالة الطارئة فلا يذكر شيئاً مما حدث له بعد أن يعـود إلـى حالته الطبيعية فمثل هذه الحالات لا يعتبر الشخص الـذي يقـع تحـت تأثيرهـا مسؤولاً جنائياً أو مسؤولاً مسؤولية دينية ، ولا تطبق عليه أحكام الإنتحار التـي وردت في الحديث الشريف .

بناء عل هذا التأسيس فإن الأحكام الشرعية التي وردت في الحالات المذكورة يعتبر حكمها على النحو الآتي :

- الحالة الأولى : إذا كان المتوفي يعاني من إكتئاب شـديد وإضـطراب التفكير كما ورد في التقرير ، فإنه لا يعتبر منتحراً لأنه نـاقص الإدراك والإرادة وعلى ذلك ينبغي أن يعامل كأي مسلم توفي بعارض قهري ، فيغسّل ويصلّى عليه ويدفن في مقابر المسلمين وندعوا له بالمغفرة .
- الحالة الثانية : السوابق الإجرامية المذكورة عن المتـوفى و إسـتعمال المخدرات ودخوله السجن بسبب إرتكاب الجرائم أكثر من مرة وعلاقاته الجنسية قد أدت إلى إصابته بمرض الإيدز مما أعجزه عن القيام بتحقيق رغباته وشهواته ، فمثل هذه التصرفات لا تدل على نقصان في الإدراك أو الإختيار ، فقتله لنفسه يعد إنتحاراً ، ونسأل الله أن يتوب عليه .

إضطراب التجسيد: (Somatization disorder) إن هذا الإضطراب يتميز بأعراض جسدية مختلفة تبدأ قبل سن الثلاثين، وتستمر لسنوات ولا يمكن تفسير هذه الأعراض بناء على الفحوصات الطبية و المخبرية و الشعاعيه

- الحالة الثالثة : لقد ورد في التقرير أن الرجل مصاب بمــرض نفســي وهو إنفصام الشخصية ، يسمع أصواتاً ويتوهم وعنده إضطرابات فــي التفكيــر وهلوسة ، فمثل هذا ناقص الإدراك فلا يقع تحت طائلة المســؤولية الجنائيــة أو الدينية ولا يعتبر منتحراً ، فيصلّى عليه ويدفن في مقابر المسلمين
- الحالة الرابعة : هذه المرأة مريضة نفسياً فهي مصابة بإكتئاب شــديد ، وتتوهم أن أولادها من الشياطين ، فيه مريضة ناقصة الإدراك والإرادة فلا تعتبر منحدرة وتغسل ويصلّى عليها وتدفن في مقابر المسلمين .

أما أسرتها التي ذهبت بها إلى المشعوذين فهي مقصّرة آثمة بفعلها ونسأل الله تعالى لها المغفرة .

والمشعوذ لا يجوز أن نسميه شيخاً لأن لكلمة الشيخ معناها الإصطلاحي الذي يدل على الإحترام والتوقير وهو آثم عند الله عز وجل تجــب معاقبتــه جنائيــاً ويخشى عليه من الكفر ويحتاج إلى التوبة .

إضطراب شدة ما بعد الصدمة: هذا هو أحد إضطرابات القلق ويصيب 6% من الناس في مرحلة ما من حياتهم ويكونوا قد تعرضوا إلى ضغوط مثل الإعتداء الجرمي أو الجنسي أو الإساءة للأطفال والمقاتلين الرهائن والمساجين الذين يتعرضوا للتعذيب، والحوادث الخطرة

25- الطـــــــوارئ النفسيـــــــــة

إن الطوارئ النفسية تشكل أحد المشاكل الطبية والإجتماعية الهامة ، والتي كثيراً ما يتعرض لها الأطباء العامّين ومن مختلف الإختصاصات الطبية في عياداتهم وأقسام الطوارئ والمستشفيات العامة ، وبنسب وأرقام تتجاوز التوقعات والخبرات . وليس أقل من ثلث مراجعي أقسام الطوارئ من الحالات النفسية ، الطارئة ، والتي كثيراً ما تربك الأطباء والأهل . وسأستعرض بعض من هذه الطوارئ المهمة :

1. العنف : قد يكون العنف صفة دائماً في الشخص وهذه غالباً ما تتعامل معها الجهات الأمنية ، أما العنف المفاجئ والذي لا يتفق وشخصية الفرد فإنه قد يكون ناتج عن تعاطي الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية أو عن الأعراض الذهانية المختلفة ، وأحياناً نوبات الصرع وبعض الإصابات والأمراض الدماغية
2. الإنتحار : الإنتحار الناجح فوراً يتوجه للطب الشرعي أو أن يصل للأطباء في أقسام الطوارئ ، بإلحاح من الأهل أن تكتب شهادة وفاة دون إبلاغ المدعي العام ، وهذا مأزق لابد أن يفهمه الأهل و الأطباء لأنه من الناحية القانونية لا يجوز إعطاء شهادة وفاة دون أن يكون السبب واضح ومعروف للطبيب . وأما محاولات الإنتحار فهي كثيرة ومتنوعة من شرب الكاز إلى الحرق

3. والغرق وإطلاق النار إلى إستعمال كميات كبيره ومتنوعة من الأدوية ، وأيضاً هنا يحاول الكثيرين إخفاء المعلومات عن الطبيب حتى لا تبلغ الشرطة . وكثيراً ما يتم إسعاف الحالة دون التطرق لأسبابها ، علماً بأن أكثر من نصف المنتحرين يكونوا قد حاولوا الإنتحار سابقاً ؟ ولم يتخذ أي إجراء طبي لمساعدتهم.

4. الأعراض الجانبية للأدوية النفسية : لا بد للطبيب العام وأطباء الطوارئ أن يكونوا على معرفة ببعض الأعراض الهامة للأدوية النفسية والتي قد تأتي على شكل تشنجات عضلية وأعراض باركنسونية محيّرة لمن لا يعرف أنها أعراض جانبية تعالج بمضادات الباركستون المضادة للكولين.

5. الحالات الهستيرية سواءاً التحويلية أو غيرها ، عادة ما تعرض على أطباء الطوارئ على شكل نوبات الصرع ولكن دون غيبوبة و لا عض على اللسان ولا إيذاء للنفس ، ويتم التعامل مع هذه الحالات بحقنة مهدئة دون حتى إبداء النصح بالتحويل للأطباء المختصين .

في أغلب الأحيان لا يلجأ المصابين بهذا الداء (إضطراب شدة ما بعد الصدمة) للعلاج رغم توفره ويعتقدوا أن هذه معاناة مشروعة طالما أن لها مسببات

6. الألم : من أكثر الأعراض في الطب شيوعاً وهناك الكثير من الآلام التي تصل الطوارئ و المستشفيات العامة هي ذات منشأ نفسي وقد تكون شديدة ، مثل الصداع ، ألم الصدر ، ألم البطن وألم الظهر . ولاشك أن أخذ السيرة المرضية والفحص بعناية قد يحمل التشخيص التفريقي للكثير من الحالات ، وأما إجراء بعض الفحوصات سيحل الباقي ، وعندما يتبين أن السبب هو نفسي فهذا لا يعني إنتهاء مهمة الطبيب بل الإنتقال للإستشارة النفسية لتحديد التشخيص لهذا المرض والذي يكون قلق أو فزع أو إكتئاب أو غيرها .

7. الإساءة لكبار السن والزوجات : وقد يصلوا للطوارئ بإصابات مبرحة ، وينكروا وجود أي عنف ونظراتهم نحو المرافق كلها رعب وخوف وفي حالة إستعجال ورفض دخول المستشفى . هذا بالإضافة للإساءة الجنسية للأطفال .

8. سرعة التنفس : من المعروف أن سرعة التنفس تؤدي إلى تغير في حامضية الدم مما يؤثر على نسبة الكالسيوم الحر في الدم وقد يؤدي إلى تشنجات في اليدين والقدمين ، والمفاجئ أن العلاج يكون وضع الأوكسجين للمريض ، مع أن سرع التنفس تكون قد قللت من نسبة ثاني أكسيد الكربون في الدم ، ولا بد

من وضع كيس على الفم والأنف حتى يعاد هواء الزفير للرئتين وتنتهي الحالة ، وهي غالباً من أعراض القلق النفسي الحاد أو المزمن ، ولابد من الوصول للتشخيص وتحويل المريض للإختصاصي .

9. نوبات الفزع : تكون على شكل شعور مفاجئ بحتمية الموت أو حدوث نوبة قلبية أو جلطة دماغية ، يهرع المريض للطوارئ ، وعند الفحص لا يوجد من المظاهر الطبيبة ما يفسرها ، وإذا لم تؤخذ السيرة المرضية بعناية ، فإنه على الأغلب سيكون الإجراء الطبي خاطئ ويأخذ المريض للعناية المركزة ثم التنظير والقسطرة وغيرها من الإجراءات التي تزيد من خوف المريض .

10. الذهان الحاد : يشمل الذهان على هلاوس سمعية وبصرية تصاحبها أوهام الإضطهاد أو العظمة وتغيير في السلوك أو التعامل معها يتطلب بعض المعرفة النفسية ، وبالتالي إعطاء المريض جرعة عضلية أو وريدية من الهالوبيريدول وتحويله للطب النفسي .

11. الزهو : إرتفاع في المزاج ، كثرة في الحركة ، إندفاع في السلوك كثرة الكلام أو تدفق الأفكار . وتطايرها ، تبذير الأموال وعدم الإكتراث للضوابط الشخصية أو الإجتماعية أو الدينية ، وهذه من الحالات الخطرة إذا تركت دون التعامل معها بحزم ، ودون مرافقة المريض وذلك لحمايته مما قد يضر به نفسه ، وأيضاً جرعات الهالوبيريدول تكون ضرورية لحين تحويل المريض للطب النفسي.

12. الإكتئاب الشديد : يعتبر الإكتئاب من الطوارئ إذا كان شديداً ، توقف فيه المريض عن الطعام والشراب أو أظهر ميول إنتحارية ورغبة بقتل من يحب ، أو إذا كان يرافقه حالة تهيج شديدة . وأوهام التأنيب و هلاوس مختلفة . ومعروف أن مضادات الإكتئاب ستأخذ ثلاثة أسابيع لتبدأ في العمل ، فلا بد من التحويل الفوري للطب النفسي .

13. المخاوف المرضية : المخاوف المرضية كثيرة ولكن بعضها قد يظهر في الطوارئ مثل المخاوف الإجتماعية ، الذين يشكوا من سرعة ضربات القلب و التعرق . أو الخوف من الأمراض الذين يترددوا على الطوارئ والعيادات

إن غريزة حب البقاء من الغرائز التي يتمتع بها الإنسان مثل غيره من الكائنات الحية، وهي بالتالي تعني البعد عن الضرر ومحاولة البقاء في كل الظروف والأحوال سواءاً كانت أحوال طبيعية أو غير طبيعية

14. والمختبرات لإجراء الفحوصات المخبرية والشعاعية و إستشارة كافة الإختصاصات ولا يكفي هذه الحالات إجراء الفحص والتطمين ، ولا بد من معالجة سلوكية ونفسية ومن ضمنها منع المريض من تكرار الفحوصات .

15. الحيصان (زلز) Akathesia : شعور صعب ومرهق ينتج عن مضادات الذهان ، وقد يؤدي بالمريض للإنتحار ، وقد يأتي للطوارئ فيعطى المزيد من مضادات الذهان ، في حين أن معالجته صعبة وقد تتطلب الدخول لمستشفى نفسي ويعطي العديد من العلاجات مع وقف أو تغيير العلاج المضاد للذهان .

16. أعراض الإنسحاب : إن للكحول أعراض إنسحابية قد تصل للذهان الإرتعاشي ، أما الأفيونات فتؤدي للقيء والآلام المبرحة والإسهال ، أو غيرها من أعراض الإنسحاب ، وهي حالات طارئة لابد من تحويلها للمستشفيات النفسية فوراً .

17. الشرود : حاله من التو هان وعدم معرفة المكان والزمان وغالباً ما تحضر الشرطة المريض وهو لا يعرف شيئاً ، أو أن الأهل يكونوا قد وجدوه هائماً على وجهه في مكان بعيد وقد يكون سبب هستيري ، أو ناتج عن نوبة صرع .

18. الهذيان : هو حالة ذهانيه عضوية حادة فيها درجة من تغييم الوعي ، وتكون مصحوبة بهلاوس بصرية وهياج وعدم إستقرار ناتجة عن إلتهابات وإرتفاع في الحرارة أو إضطرابات في التمثيل الغذائي والغدد الصماء ، أو إصابات مباشرة للدماغ ، ولا بد من إدخال المريض فوراً للمستشفى وإجراء الفحوصات الكاملة بالتعاون مع الأطباء النفسيين .

19. الخرف : بأسبابه المختلفة يؤدي لتدهور في الذاكرة والشخصية ورغم أن درجة الوعي لا تتأثر إلا أن المريض قد يخرج من البيت ويفقد طريقه ويصل للطوارئ ، ولا بد من الأخذ بالإعتبار أن العديد من حالات الخرف مزمنة وتدريجية ، ولكن عند حدوث إي مرض كالتهاب رئوي أو بولي قد يترافق الخرف مع حالة هذيان ، مما يؤدي إلى تسارع شديد في الحالة . وهنا لابد من التأكد من الأسباب العضوية المختلفة بالتعاون مع الأطباء النفسيين .

الخوف الرهابي من الموت Death Phobia : شعور وتفكير مسيطر في الموت ومتى يمكن حدوثه، والتفكير بتفاصيله، ومحاولة فهمه أكثر من المعروف عنه، والتفكير في الدفن وما بعد الموت، وبالتالي تجنب كل ما له علاقة بالموت

20. الإدمان على المسكنات الأفيونية : يتردد بعض المرضى على أقسام الطوارئ متظاهرين بالمغص الكلوي أو إدعاء حمى البحر المتوسط للحصول على المورفين , ولا بد من الحذر والتدقيق في المرضى الذين يطلبوا أدوية معينة وتتكرر زيارتهم للعيادة أو المستشفى .

21. إضطرابات الطعام ك قد تصل حالات نقص الوزن الشديد خصوصاً الإمتناع عن الطعام للطوارئ ، أو حالات إستعمال مدرات البول والمسهلات للتخفيف من الوزن للطوارئ ، وهذه حالات صعبة حتى على أهل الإختصاص ، ولا بد من تحويلها على الفور .

22. القلق النفسي : مرضى القلق وخصوصاً المزمن دائمي التردد على العيادات والمستشفيات ، وكثيري الشكوى ، وذلك أن أعراض القلق كثيرة وأغلبها غير عضوية مثل الصداع والدوخة جفاف الحلق ، صعوبة البلع والتنفس ، ضربات القلب ، آلام المعدة ، وصعوبات الهضم ، وآلام المفاصل والعضلات وغيرها ، ولا يتورع الكثير من الأطباء عن وصف جرعات من البنزوديازبين دون خطة و لا متابعة .

23. حسرة الحداد : إن فقدان شخص عزيز له أثره على من حوله . وقد يستدعي الطبيب للتعامل مع مجموعة من الناس في حالة صدمة نفسية بعد نبأ وفاة شخص عزيز ، ولا بد من التأكيد أنه يفضل عدم إستعمال العقاقير فوراً ، وإعطاء الناس فرصة لإستيعاب الخبر ثم البكاء والمشاركة في الجنازة ، وإذا كان لابد من بعض التهدئة المؤقتة فلتكن جرعة واحدة من مهدئ ، أما إذا كان هناك أعراض على مدى أسابيع من قلة النوم والأكل والبكاء المستمر فإن مضادات الإكتئاب تساعد دون تعطيل المرور في مرحلة الحسرة والوصول للتأقلم .

24. الإيذاء المتعمد للنفس : هناك قلة من مضطربي الشخصية ، وبعض المرضى النفسيين , وأصحاب السوابق الإجرامية ، يكرروا إيذاء النفس بالشفرات و الأدوات الحادة ، وقد يبلعوا مسامير ، أو يصل الأمر بالحالات الذهانية الشديدة لبتر أجزاء من الجسم مثل بتر القضيب وهذا من الحالات الصعبة التي تتطلب معالجة ومتابعة متخصصة طويلة ، ولا يكفي فيها أن يعالج الجرح وينصح بعدم التكرار .

الخوف من الموت مع نوبات الفزع Panic Disorder: إن نوبات الفزع هي شعور مفاجئ بحتمية الموت أو حدوث مرض خطير أو مستعصي، وبالرغم أنه مع تكرار نوبات الفزع يدرك المريض أنها لم تؤدي للموت

25. التسمم بالكافيين : يغفل عنه الأطباء رغم كثرة شرب الناس لشاي والقهوة دون حساب . وأعراضه هي الأرق الشديد ، التهيج وسرعة ضربات القلب ، الإسهال ، الغثيان ، والقيء وألم المعدة وكثرة التبول والصداع والرجفة ، ومع مراقبة المريض تراه يبحث عن المزيد من القهوة . وتتحسن الأعراض مع توقف هذه المشروبات .

26. مرضى السرطان : يتلقى مرضى السرطان علاج كيماوي وأشعة وقد تؤدي إلى العديد من الأعراض التي تأتي بالمريض للطوارئ ، منها التأثير على الذاكرة وتغير المزاج إرتفاعاً وهبوطاً ، و الهلاوس ، إضافة للقلق والإكتئاب ، والغثيان وفقدان الشهية أو الدخول في حالات من الهذيان والأعراض العصبية المختلفة ولا بد من مشاركة الطبيب النفسي الفريق العلاجي للمريض في المعالجة

27. الفصام العقلي : الحالات الحادة والمزمنة قد تأتي للأطباء بإعراض وطلبات غريبة ، مثل طلب شهادة بأنه عاقل أو طلب إجراء عملية لإزالة أجهزة مزروعة في رأسه أو إستئصال عضو من أعضاء الجسم . وقد تؤدي هذه الحالات لإرباك الأطباء في الطوارئ والعيادات .

28. التسمم بالليثيوم : قد يؤدي إلى الإسهال وعدم الإتزان وتأثر درجة الوعي والغيبوبة ، ولا بد من مراقبة المريض في العناية المكثفة ثم طلب الإستشارة النفسية .

29. المشاكل الجنسية : من الحالات السائدة التي تعرض على الأطباء خصوصاً بين العرسان ، وتنتج عن قلق وخوف وجهل من طرف أو طرفين ، ولا تستدعي الفحوصات و الهرمونات ، خصوصاً إذا دلت السيرة المرضية على أن كلا الطرفين في حالة صحية جيدة ، والتحويل السريع للطبيب النفسي هو أفضل بكثير من إعطاء جرعة هرمون والطلب للعروسين إستئناف المحاولات .

30. الهستيريا الجماعية : تحدث بين الحين والآخر حالات جماعية من فقدان الوعي خصوصاً في مدارس البنات ، وقد تنتشر إلى مدارس أخرى وكثيراً ما تبدأ بحادثة بسيطة مثل إصابة طالبة بنوبة صرع يتبعها حالات إغماء ، والتعامل مع هذه الحالات يجب أن يكون بحذر خصوصاً إعلامياً، حتى لا تنتشر

إستخدام المفهوم الديني والإيمان بالقضاء والقدر في تربية الأطفال وشرح فكرة الموت لهم من قبل الأهل أو ضمن المناهج المدرسية

الحالات للمدن الأخرى .

31. الأرق : يتردد المرضى كثيراً على الأطباء شاكيين من الأرق . والأرق ليس مرضاً بل هو عرض للقلق النفسي ، الإكتئاب ، بعض الأدوية ، كثرة المنبهات ، الظروف الخاصة ، السفر الكثير ، تغير الورديات ، وأسوأ علاج للأرق المزمن هو البنزوديازبين وأما في الحالات المؤقتة لبضعة أيام فلا بأس . أما إستعمال جرعات من مضادات الإكتئاب خير من المهدئات .

32. الحالات الغريبة على الطبيب والتي لا يستطيع تصنيفها يفضل الإتصال التلفوني مع مركز مختص لأخذ التوجيهات .

26- الكـــوارث وردود الفعـــــل النفسيـــــة

تحمل الكوارث عنصرين هامين أنها مفاجئة وتؤثر على مجموعة كبيرة من الناس ، وبالتالي تتخطى قدرات الفرد على تحملها والتعامل معها , وقد يكون من الصعب على عناصر الدعم النفسي العادية أن تسعف ضحايا الكوارث ، فقد لا يجد الفرد أسرته ولا أهل الحي الذي يسكنه ، أو قد يفقد منهم الكثير ، إضافة إلى فقدان المادة من أملاك ومنزل وغيرها ، وهذه الخصوصية في الكوارث تجعل رد الفعل النفسي لها ذو مواصفات خاصة . ويمكن فهم رد الفعل هذا في خمسة مراحل :

1. **الصدمة** : حال حدوث الكارثة فإن كل الناس تصدم وتصاب بالهلع والوجوم والخوف والإضطراب الشديد ، ويفقد معظم الأفراد قدرتهم على الحكم والتقييم الصحيح للواقع ، فالمعطيات والمعلومات قليلة ، وقد يتصرف البعض بتهور وحماقة ولا مبالاة ، كأن يقفز بالماء لإنقاذ شخص ما ، أو يدخل إلى بيت ينهار أو مشتعل بالنيران ، وكثيراً ما تؤدي حالة الإضطراب لدى الأفراد والجماعات إلى المزيد من الضحايا والخسائر ، مثل التدافع و الإزدحام في محاولات الهروب ، ومحاولات الإنقاذ الغير مدروسة ، وبعض التصرفات تبدو وكأنها إنتحارية . ولذلك فإن أهم ما في هذه المرحلة ، أن يكون هناك مصدر واضح للتعليمات والمعلومات ، وإدارة الكوارث تتطلب إعطاء الفرد والمجموعة التصرف الصحيح دون ترك الأمور معومة يتصرف فيها الضحية الواقع تحت تأثير الكارثة بأحكامه المهزوزة .

المشاركة في أي طقوس أو شعائر دينية أو إجتماعية تتعلق بالموت ومن سن مبكر، وعدم إعفاء من لا يحب هذه الشعائر ، فليس من المفروض أن يحبها الفرد بل المفروض أن يتعايش معها ويعتاد عليها، ويتكيف معها مع تقدم عمره وزيادة متطلبات المشاركة تدريجياً

2. **البطولة** : ما أن يدرك الناس أن كارثة قد وقعت تظهر قيم الشجاعة والإقدام وروح التعاون والإيثار ، والترابط بين الجيران وفق الطوارئ ، ويكون النشاط الإيجابي في هذه المرحلة ، عامل مهم للسيطرة على القلق والإكتئاب والخوف والحزن والتوتر ، وقد يبالغ البعض في البطولة لدرجة الإنهاك و الإنهيار الكامل ، بعد العمل المتواصل لأيام دون راحة أو طعام أو شراب ، وفي هذه المرحلة لا بد لإدارة الكوارث أن تستفيد من إيجابية التعاون والمساعدة ، ولكن أن لا تسمح بالإنهاك والمبالغة ، وبالتالي فإن فرق الإنقاذ لا بد أن تأخذ القيادة وتوجه المتحمسين من الناجين إلى الأولويات والأسلوب الصحيح في المساعدة ، دون المكابرة على المشاعر الإنسانية الحقيقية .

3. **شهر العسل** : وتبدأ هذه المرحلة بالظهور في الأسبوع الأول وقد تمتد لعدة شهور ، وتستمر فيها روح التعاون و المساعدة وتبدأ الإمدادات المادية البشرية والمالية بالوصول ، ويستعيد الضحايا نمط للحياة ، فيها إتكال كبير على الموارد الخارجية ، والتي قد تفوق أحياناً الموارد الأصلية للأفراد ، وفي هذه المرحلة كثيراً ما تضيع المشاعر ، ولا يكترث أحد للحالة النفسية للضحايا ، ولا يستمع أحد للشكاوي النفسية ، مما قد يرهق البعض ، ولكن الجو الإيجابي العام يكون هو الغالب .

4. **الحقيقة المرة** : وتبدأ هذه المرحلة بعد شهرين على الأغلب ، وقد تستمر لسنة أو أكثر ، وفيها الكثير من الحزن وخيبة الأمل ، والإحباط والغضب الشديد ، وقد يتسلل للضحايا شعور بالغيرة والحقد على الآخرين ، وقد يصل إلى العدوانية والعنف ومحاولة الإنتقام من أولئك الذين لم تصيبهم الكارثة ، وغالباً ما تبدأ فرق الطوارئ بالإنسحاب ، ويأخذ الناس وعود كثيرة من المسؤولين الذين زاروهم ، ولكن الوعود لا تتحقق والخسارة لم تعوض ، والمعاناة تزداد وحسرة الخسارة المادية والمعنوية تتصدر المشاعر ، وقد تظهر نزاعات وخلافات بين الضحايا أنفسهم في هذا الجو ، وكل المشاعر التي كانت مكبوتة تظهر مشتعلة الآن ، وغالباً لا يتوفر أسلوب علمي للتعامل مع الأوضاع النفسية الصعبة التي يعانيها الناس ، ناهيك عن الأوضاع المادية المعقدة .

أن يصل المرء إلى طريق مسدود ويشعر أن خلاصه الوحيد من العذاب هو الموت هي حالة إستثنائية رغم شيوعها

بالنسبة لمعدلات الإنتحار الفعلية عالمياً فإنها تتراوح ما بين(15-40) حلة إنتحار لكل مائة ألف من السكان ، وبينما تجد معدلات الدول العربية عموماً أقل بكثير

5. **البناء** : بعد المرارة والقنوط واليأس يدرك الناس أن الأمور لا يجوز أن تبقى على حالها ، وأنه لا بد من إستمرار الحياة وإعادة البناء والتعمير ، والعودة للعمل و الإعتماد على النفس ، وقد تتطلب هذه المرحلة سنة أو أكثر وتعتمد على حجم الكارثة ، وعدد الضحايا والخسائر ، وفيها يسعى العديد من الضحايا لطلب المساعدة النفسية ، فمنهم ما زال يرى صور الضحايا ، وآخر يشم رائحة الجثث المتعفنة , وهناك من يصاب بالكوابيس والخوف من تكرار الكارثة ، وهناك من يدرك حجم الخسارة ، كمن فقد عائلته وبيته و متجره ، وتظهر حالات نفسية كثيرة ومتشعبة ، وخصوصاً إذا لم تكن إدارة الكوارث قد أخذت البعد النفسي في حساباتها منذ اليوم الأول ، وتتراوح ردود فعل الناس حسب شخصياتهم ، وظروفهم ومعتقداتهم ، وأعمارهم ، وظروف معيشتهم .

الترابط الإجتماعي والوازع الديني بالدول العربية والإسلامية ، يلعب دوراً مهماً في إنخفاض معدلات الإنتحار

ومن أجل التعامل الصحيح مع ردود الفعل النفسية لابد من أخذ النقاط التالي في الإعتبار :

1. معرفة فرق الطوارئ وإدارة الكوارث بالأبعاد النفسية .
2. وجود خبراء نفسيين ضمن فرق إدارة الكوارث .
3. نشر الوعي بين الناس عن الأسلوب الأصح في التصرف بالكوارث .
4. الإهتمام الكبير بوصول المعلومات الصحيحة لضحايا الكارثة ، مثل حجم الدمار ، أسماء الجرحى وأسماء القتلى ، وتوقعات الخبراء عن إحتمال تكرار الزلزال أو الفيضان .
5. توفير مراكز إسعاف نفسي في منطقة الكارثة .

من المعروف أيضاً أن معدلات الإنتحار ترتفع في فترة الربيع ، في نصفي الكرة الشمالي والجنوبي ،

الأخلاقيات والسلوك في إدارة الكارثة

لابد من وضع قضية الأخلاق والسلوك موضع الإعتبار في التخطيط للكوارث وإدارتها ، ذلك أن الكوارث تؤدي لإنهيار أنظمة الضبط الإجتماعي المختلفة ، وينصب الإهتمام كله على الكارثة نفسها وضحاياها ، مما يطلق العنان لبعض الأفراد في التصرف اللاأخلاقي والسلوك المنحرف والإجرامي ، ولذلك لا بّد أن تراعي إدارة الكوارث النقاط التالية :

1. غياب قوات الأمن عن الأماكن المحروسة عادة كالبنوك والمباني الكبيرة والفنادق والمتاحف ، مما يجعل السرقة سهلة ما لم يكن هناك خطة أمنية بديلة لدى إدارة الكوارث .

2. الزلازل والحرائق والفيضانات تؤدي لتصدع المنازل ، والمحلات التجارية والمستودعات ، ويصبح من السهل التسلل إليها بحجة الإنقاذ والإسعاف ، ولكن الغاية تكون مختلفة ، إما السرقة أو التعدي الأخلاقي وخلافه .

3. الإتجار بالحاجيات الأساسية وفتح سوق سوداء للمواد الغذائية والمياه الصالحة للشرب ، ثم للمواد القادمة من المساعدات (طعام وملابس وأدوية وغيرها) ، وهذا يتطلب دقة كبيرة في التصدي سلفاً لمثل هذه المحاولات .

4. تظهر لدى بعض الأفراد مسكليات الأنانية وتفضيل الذات بصورة كبيرة تعيق الجهد الجماعي والتوزيع العادل للخدمات والمساعدات القادمة

5. يصل بعض المنحرفين وأصحاب السوابق لموقع الكارثة من أماكن أخرى ، ولا يكون هناك مبرر لتواجدهم ويعيقوا العمل ، ويؤثروا على الضحايا ويزعجوهم ، كما يستغلوا كل فرصة للإخلال بالأمن و الإنضباط المطلوب .

6. يندفع بعض الناس إلى عمليات الإنقاذ بحماس كبير بحثاً عن أشياء ثمينة (ذهب ، مال مجوهرات) ، وقد يدّعوا أنهم من سكان العمارة ، أو أنهم من فرق الإنقاذ .

7. مسرح الكارثة أرض خصبة للنصب و الإحتيال ، بشتى الأساليب والطرق ، و أبسطها الإدعاء بأن الشخص طبيب أو ضابط أو مسؤول ، أو أنه ضمن بعثات الإغاثة ، و إبتزاز الناس بأنه يملك أوراق رسمية تخصهم أو لدية طريقة لإسترداد ما فقدوه ، وغالباً ما يكون النصابين من الأذكياء ذوي المظهر الخادع .

8. الإنتقام والثأر : ضمن غياب النظام هناك من يستغل الفرصة لتصفية حسابات وأحقاد قديمة ، وقد يقتل أو يغتصب أو يزيد في دمار منزل أو متجر ، وذلك على إعتبار أنه من الصعوبة إكتشافه و إكتشاف عمله .

9. الأثار النفسية والإجتماعية للكارثة تؤدي إلى سلوكيات عديدة في كل مرحلة من المراحل ، وهذه السلوكيات لا بد من مراقبتها والحد من تطرفها ، و

أن أكثر من ثلثي المنتحرين يكونوا قد حاولوا الإنتحار سابقاً ولم يكترث أحد ، وقد تكون المحاولات تكررت أكثر من مرة ، كما أن ثلاثة أرباع المنتحرين يكونوا قد أعلنوا صراحة أمام ذويهم أو أطباءهم رغبتهم في الإنتحار

10. الإستفادة من إيجابياتها بمتابعه حثيثة من خبراء إدارة الكارثة .

11. المبالغة بالتهويل أمام وسائل الإعلام وكبار المسئولين والزوار ، و إستدرار العطف والمزيد من المساعدة ، بما يتناقض مع التقارير الرسمية ، ويؤدي لحدوث بلبلة و إرتباك شعبي ورسمي .

أما بالنسبة لفرق الإنقاذ والطوارئ والعاملين فيها فلا بد أيضاً أن يتم التركيز على سلوكياتهم وأخلاقهم وأن يكون هناك ضمن خطة عمل الإدارة ما يكفل السلوك المناسب والأخلاق الحميدة في العمل وسط فوضى الكارثة وهذا يتطلب :

1. التأكد من هوية ومؤهلات العاملين في الإنقاذ والمتطوعين القادمين ، ومتابعة أسلوب عملهم من قبل مشرفين وخبراء معروفين للإدارة

2. الحرص على أن لا تتم عمليات سرقة و إحتيال ونصب من قبل فرق الإنقاذ والمتطوعين .

3. العمل ضمن برامج محددة تسمح بالكشف عن أي خلل في سلوك العاملين.

4. إستبعاد كل من يظهر عليه سلوكيات سلبية أو أخلاقيات غير مناسبة ، وردعهم ومحاسبتهم إذا تطلب الأمر .

5. إظهار السيطرة والحزم والقوة والتنظيم يخفف من المشاكل بين الضحايا والمنكوبين وبين العاملين في الإنقاذ بأشكاله المختلفة .

وليس من الحكمة أبداً أن تفترض إدارة الكوارث حسن النية والأخلاق الطيبة والسلوك الإيجابي لدى الجميع وتفاجأ بالسلبيات والأخلاق المختلفة المذكورة ، ولذلك يجب أن تكون ضمن الخطط والترتيبات إحتياطات خاصة لكل ما سبق .

> إن التعامل مع المريض الإنتحاري يتطلب تقييماً كاملاً لوضعه النفسي و الإجتماعي والصحي ، وقد يتطلب إدخاله المستشفى بالحالات التي يتعذر معالجته كمريض خارجي خصوصاً أولئك الذين لديهم تصميم على الإنتحار ، والأخطر منهم الذين لديهم تصميم على القتل أولاً ثم الإنتحار

27 – ملاحظات على القوانين الأردنية في التعامل مع المرضى النفسيين

من خلال العمل في مجال الطب النفسي ، والتعامل مع المحاكم ، يتضح أن هناك عدة نقاط هامة لا بد من أخذها بعين الإعتبار في تعديل التشريعات :

1. التحويل للطب النفسي : إن التحويل يتم في نصف حالات القتل تقريباً ، ونسبة قليلة من الجرائم الأخرى ، والمشكلة الهامة أنه عادةً ما يكون التحويل بعد فترة طويلة من وقوع الجريمة وتكون حالة المتهم النفسية قد تغيرت ، ويصبح

2. هناك نوع من التخمين عن الحالة التي كان فيها المتهم وقت إرتكاب الجريمة . وقد حُلت هذه المشكلة لدى كثير من الدول ، بإعتماد أطباء نفسيين يقوموا بفحص كافة المتهمين بالجنايات بمجرد توقيفهم مما يسهل المهمة لاحقاً فيما لو أثير هذا الموضوع من الدفاع أو النيابة أو المحكمة نفسها .

3. ينص قانون العقوبات على تحويل المتهم إلى مستشفى حكومي و يقوم طبيبين حكوميين بإعداد التقرير . وإذا كان هناك طلب للجنة ، يفترض أن تكون اللجنة أكثر من إثنين ، وأما فكرة حكوميين فهي الأن غريبة لأن الطبيب متوفر في كافة القطاعات ، وعدم تحديد إختصاص هؤلاء الأطباء أدى في الكثير من الحالات ، لأن يقوم بفحص المريض وإعطاء الخبرة فيه طبيب مبتدئ في مجال الطب النفسي ، وفي هذا المجال تعتمد الدول قائمة خبراء عدليين ، ويكون الأطباء النفسيين المعتمدين من أصحاب الخبرة . كما أن الغريب الذي يحدث في المحاكم هو إعتبار الطبيب شاهد وليس خبير تجنباً لدفع أتعاب له ، مما يجعل الأطباء يتجنبوا القضاء والمحاكم لأن فيها تعطيل للوقت وعدم وجود حافز . كما يلاحظ أنه من غير المتبع وجود خبير طبي مع الإدعاء والآخر مع الدفاع ، مما قد يثري النقاش .

التعامل مع كافة محاولات الإنتحار مهما بلغت درجتها من الشدة أو البساطة ، بأسلوب علمي وقانوني سريع للتقييم وتقديم المساعدة الممكنة

يعتبر القانون أن المتهم إما أنه عاقل ويتحمل العقوبة أو مجنون وبالتالي يحجز في مستشفى الأمراض النفسية حتى يشفى ، والطب النفسي لا يقسم الناس إلى عاقل ومجنون بل هناك أمراض وتفاوت في درجة تأثيرها على القصد والنية والإدراك والسلوك . وأما قضية الشفاء التام الذي قرر محكمة التميز أنه يعني إنتهاء المرض وإيقاف العلاج و ضمانة عدم تكرار المرض في المستقبل ، فهذا أمر مستحيل ، ولذلك لا بد من التحول إلى مفهوم المسؤولية المخففة ، ويتبعها أساليب في تصريف القضايا مثل المعالجة في السجن ، أو المعالجة ثم إكمال العقوبة ، أو الإعفاء والإفراج المشروط بمتابعة العلاج ، وغيرها الكثير مما يمكن وضعه كآلية لمتابعة قضايا المرضى الذين إرتكبوا جرائم .

4. المعمول به حالياً أنه إذا كان المتهم غير قادر على المثول أمام المحاكم ، فإنه لا يحاكم ، ويبقى بالمستشفى وقد يستمر هذا عشرات السنين رغم أن التهمة

5. المسندة إليه لم تثبت في المحكمة ، وحتى لو كانت عقوبتها بضعة شهور ، يكون هذا الإنسان بسبب مرضه قد حرم من المحاكمة وحرم من العقوبة العادية وتحول لعقوبة شبه مؤبدة .

6. الإعاقة العقلية : لم ترد الإعاقة العقلية في القانون ، وفي حالة إتهام معاق عقلياً تبدو الحيرة واضحة على المحاكم ، فالتعبير الطبي يقول أن المعاق عقلياً عمره العقلي 12 سنة أو 7 سنوات بغض النظر عن عمره الفعلي وأن إدراكه هو الإدراك الطبيعي لعمره العقلي وليس لعمره الفعلي ، وهنا ترتبك القضية وترغب المحاكم في مساواة الإعاقة العقلية بالجنون ، وتعتبر أن المعاق عقلياً مثل المصاب بالجنون . وتأمر بحبسه حتى يثبت شفاءه وهذا لا شفاء له .

7. الخدمات النفسية القضائية : يوجد في الأردن القسم القضائي في المركز الوطني للصحة النفسية في الفحيص ، وهو دائماً بلا أسِّرة شاغرة كون نزلائه على الأغلب دائمين ، والواقع أن الخدمات النفسية القضائية يمكن أن تقدم في السجون ذاتها بتخصيص جناح في السجن للمرضى ، يكون عليهم إشراف طبي وتمريضي وكذلك فإن تعديل القوانين سيسمح بوجود شواغر في القسم القضائي ، وفي كثير من الدول فإن هناك أطباء نفسيين يتبعون الجهاز القضائي أو الأمني ويقدمون خدمات العلاج في عيادات السجون ويقومون بالإشراف على الأجنحة المخصصة للمرضى والكشف على المتهمين الذين يتم القبض عليهم . والتعاون مع المحاكم في تصريف القضايا كخبراء .

8. يلاحظ في لجان تعديل القوانين أنها غالباً ما تخلو من الأطباء النفسيين ، ولا شك أن هذا قد ينطبق على غيرهم من الخبراء أيضاً .

9. يخلو قانون الأحوال الشخصية من توضيح للمرض النفسي ، وبالتالي ينتشر بين الناس التهديد بالطلاق والحجر والوصاية ، عند مراجعة الطبيب النفسي ، ويوقع هذا الأمر الناس في نزاعات ومشاكل ، ويحرم الكثير من المرضى فرص العلاج ، ومع أن المفترض أنه عند الإدعاء بأن الأم مريضة وغير قادرة على رعاية أطفالها ، أن يتم إستشارة طبيب نفسي ، إلا أنه في معظم القضايا يأخذ القاضي الشرعي القرار بنفسه ويعتبر أن تقييمه للسيدة بسؤالين أو

الكثير من أولئك الذين يقدموا على الإنتحار يكونوا معروفين لدى الجهات الطبية النفسية ولدى ذويهم ، إلا أنهم لا يتلقوا العلاج الصحيح المناسب المنتظم والرعاية المطلوبة رغم أنهم يكونوا قد هددوا وحاولوا الإنتحار في السابق

10. ثلاثة كافي لإتخاذ مثل هذا القرار . في موضوع حضانة الأطفال يحدث مشاكل كثيرة تؤثر على الطفل ولا يكون هناك خبير يقول أين مصلحة الطفل، كما هو معمول به حالياُ في معظم الدول المتقدمة ، فالأم التي تتنازل عن رعاية طفلها وبعد سنة تعود وتطالب به ، وثم بعد شهرين تتنازل وهكذا حتى يتشتت الطفل بين والده ووالدته ، لأن القانون أعطى الأم هذا الحق بغض النظر عن أثر ذلك على الأطفال .

11. القانون الأردني لا يجبر احد على معالجة من يحاول الإنتحار والإجراء المتبع فقط . هو سؤال الذي حاول الإنتحار إذا كان هناك من دفعة لذلك ، وتقفل القضية . وسيكون هناك دور مهم جداً لمنع الإنتحار لو أن المدعي العام لا يغلق القضية إلا بعد الحصول على تقرير طبي نفسي ، لأن 70% من المنتحرين يكونوا قد حاولوا الإنتحار سابقاً ولم يساعدهم أحد .

حسب إحصاءات منظمة الصحة العالمية فإن مليون إنسان ينتحروا سنوياً ، وبالتالي فإن المعدل العالمي هو 16 حالة إنتحار لكل 100000 من السكان أي وفاة بالإنتحار كل 40 ثانية

12. هناك مواضيع مثل إضرام الحرائق والسرقة من المحلات ، وسرقة الأطفال وقتل المولود ، تعتبر هذه الجرائم ذات أبعاد نفسية كبيرة ومتشعبة ولذلك ، فإن القوانين المتقدمة قد فرضت فحص نفسي لهؤلاء الناس ، حتى يتم معالجة من يعاني من مرض بدل عقابه . وعودته للتكرار بعد ذلك .

13. يلاحظ أن معلومات المحامين والقضاة والمدعين العامين ضعيفة في هذا المجال ، ولذلك فإنه إذا حدث نقاش يكون ضعيف ولا بد من إضافة موضوع الطب النفسي في المعهد القضائي وكليات الحقوق .

28- الجوانـــب النفسيـــة في مهنـــة التمريـــض

مهنة التمريض فيها تعامل مع المريض ومعاناته وآلامه وآثار ذلك على المريض وأسرته كما هو الحال في المهن الطبية الأخرى ، لكن مهنة التمريض هي الأكثر تماساً وتواجداً في ساحة المعركة مع المرض ، وبالتالي فإن هناك جوانب نفسية كثيرة في مهنة التمريض .

الضغوط النفسية على الممرضين :

طبيعة عمل التمريض تجعل هذه المهنة من المهن التي فيها درجة مهمة من التوتر والقلق والضغط النفسي ، ويمكن وضعها في النقاط التالية :

1. نظام الدوام على ورديات مختلفة في كل فترة مما يؤثر على بعض الأفراد في قدرتهم على النوم و صحوهم ونشاطهم ، كما يؤثر على تكيفهم الأسري و الإجتماعي ، وقد يكون سبباً في بعض الأحيان لترك المهنة إذا ما أصبح هناك تعارض بين دور الممرضة كأم وعملها على الورديات المختلفة ، وفي أحيان كثيرة يكون الممرض أو الممرضة مضطراً لإتخاذ إجراءات وتدابير خاصة حتى يتمكن من الإستمرار في هذا العمل

2. تأثير بيئة العمل في المستشفيات على الفرد ، تسمع معظم الناس يقولون بأنهم لا يستطيعون زيارة مستشفى أو ينزعجون حتى من المرور أمام مستشفى ، وأما الممرض المفترض به أن يبقى ثمان ساعات متواصلة في القسم يواجه فيها مختلف أشكال المرض وما يحمله من معاناة ومعاني ، يقوم الممرض بواجبه إتجاهها ، لكن بعض الحالات لا بد وأن تبقى عالقة في الذهن ، وقد يحملها البعض في تفكيره وتصبح مصدراً للهم والغم ، فإذا كان هناك على سبيل المثال ثلاث وفيات لشبان في حادث سيارة أثناء دوام الممرض قد يكون من الصعب عليه أن ينزع تلك الصورة من تفكيره بسهولة ، كما أن حالات أمراض الأطفال المصابين باللوكيميا وغيرها من الأمراض السرطانية يثيروا الكثير من الشفقة وقد يهزوا مشاعر الممرضة العاملة معهم ، و لا تنسى مرضى الحروق ومرضى غسيل الكلى والعناية الحثيثة وحوادث السير ومحاولات الإنتحار وحالات العنف وإطلاق النار ، وما يحمل ذلك من مواجهات مع الزوار وأقارب وأسرة المريض من تفاعل لا يخلو من التوتر أحياناً والنزاع في أحيان أخرى .

3. إن الممرض عليه مسؤولية قانونية خلال عمله ، وكل كلمة قد يكون لها معنى إذا تضاعفت الحالة أو أدت إلى وفاة مفاجأة ، فلا بد من تسجيل كل علاج والتأكد من تاريخه وجرعته وطريقة إعطاءه ، وهذا يجعل الممرض متنبهاً ومتحفزاً خلال عمله ، وفي السنوات الأخيرة كان هناك تسارع كبير في التطور التكنولوجي والدوائي ، أدى إلى حاجة ملحة للتعليم المستمر حتى يستطيع الممرض اللحاق بكل هذه المستجدات ، ويواجه التمريض دائماً صعوبة التعليم المستمر لعدم وجود فسحة كبيرة من الوقت على نظام الورديات .

ينظر للإنتحار على أنه عمل ذهاني أو اكتئابي ، ويقترن أحياناً بآمال الهروب أو المكافأة أو إعادة اللقاء أو البعث من جديد

مع أن معظم الأديان تعارض الإنتحار ، فإن معدلات الإنتحار تتفاوت بين الديانات والمناطق التي يسودها دين معين

يتورط عدد من الممرضين والممرضات في إساءة المؤثرات العقلية والعقاقير الخطرة وقد يصلوا للإدمان .

التعامل مع المريض وليس المرض :

أثناء الدراسة يحفظ الطالب وسائل العناية بالمريض بعد عمليــات القلــب أو المرارة أو الولادة ، ويتقن المعرفة بالأمراض ويتخــرج للميــدان ليجــد نفســه مضطراً للتعامل مع المريض وليس المرض ، فإذا كان فلان يعاني من تشمع في كبده فلسنا في صدد الكبد بل في صدد هذا الإنسان الذي تزوج حديثاً وهــو فــي الثلاثين من عمره ، وقد أصبح وضع كبده في حالة حرجة تهدد حياته ومستقبله ، وقد لا يكون هناك علاج شافي لكبده لكن التعامل معه كمريض يكون أكثر قربــاً من إنسانية المهنة عن عملية المهنة كنظرة ضيقة .

خطورة الإنتحار تكون أقل في من يمارسوا الشعائر الدينية ، بعض هذه الفروق قد تكون نتيجة لأسباب عملية مثل عدم التبليغ والتي تسود في الدول التي فيها مواقف قوية ضد الإنتحار

وعلى كادر التمريض أن يدرك بأن ما يراه هو كل يوم من أجهزة ومعــدات وغرف عمليات وإنعاش وغيرها وأطباء من مختلف الإختصاصــات هــو أمــر غريب على المريض قد يكون لم يره في السابقة ، ولكنه سمع عنه قصص مخيفة فمع أن المريض قد دخل لإجراء عملية بسيطة كإزالة الزائــدة الدوديــة إلا أنــه خائف جداً ومرتبك ويطلب التمريض بإستمرار ، والمريض ليس معني أن غيره في نفس القسم يمر في حالة عدم إستقرار في ضربات القلب أو نزيف أو غيره ، ويعتبر أن زائدته الدودية أهم من كل أمراض الكون ، فــلا شــك بــأن خــوف المرضى بمختلف درجاتهم وتوترهم من حالاتهم وما لها من آثار علــيهم وعلــى مستقبلهم وعلى أسرهم ، كلها أمور لا بد أن تكون قد أخذت بالإعتبار في التعامل مع المريض ، كما يجب ا، لا ننسى حجم المعاناة التي يعانيها المريض ، فلــيس من السهل على إنسان أخذ طابعاً وأسلوباً معيناً في حياته أن يطلب منه بعد جلطة قلبية أن يغير هذا النمط وما يحمل هذا من صعوبات مختلفة .

وأما الأمر الذي يجب أن لا نغفله فهو إنتشار المشاكل النفسية بين المرضــى في الأقسام الطبية المختلفة ، فهناك ما بين ثلث إلى ثلثي المرضى فــي الأقســام المختلفة يعانوا من مشاكل نفسية قد تكون هي الأساس في دخولهم إلى المستشفى ، أو أنها موجودة أصلاً أو أن لها علاقة بالمرض العضوي الذي هو في

المستشفى بسببه ، فمن الممكن أن تجد مريض القلق والإكتئـــاب فـــي قســـم الأمراض الباطنية لأنه يشكو من آلم في الصدر أو المعدة ، كما يمكـــن أن تجـــد مريض الإكتئاب وقد حاول الإنتحار بإطلاق النار على نفسه وأصيب بطلق ناري أدخله غرفة العمليات لعدة ساعات ثم أسابيع في العناية الحثيثة ، ومع كل الجهـــد الذي يبذل لإنقاذه ما زال يتمنى الموت .

وقد تجد من هو مريض بالفصام العقلي أو الزهو الإكتئابي وتحت عـــلاج أو بدون علاج قد أصيب بإلتهاب رئوي حاد أو إرتفاع مفاجئ في السكري وغيرها من الحالات المرضية ، وأدخل المستشفى لعلاج الحالة الجسدية الطارئة مـــع أن الحالة النفسية أسوأ بكثير وقد تعيق التعامل مع الحالة الجسدية .

أن مريض السرطان أو القلب أو غيره الذي يشعر بالمعاناة وشدتها يتطـــور لديه إضطرابات في التكيف والقلق النفسي والإكتئاب وأشكال الذهان الـــزوري ، هذا ناهيك عن مرضى الغدد الصماء إذ أنه يترافق مع معظم إضطرابات الغـــدد الصماء إضطرابات نفسية .

أظهرت الدراسات أن أكثر من 90% ممن ينتحروا يعانوا من إضطرابات نفسية هامة ، ونصفهم يعانوا من الإكتئاب وقت الإنتحار . ثلث الإنتحار يحدث في أشخاص مدمنين كحول ، مرضى الفصام ، إضطرابات القلق .

التمريض النفسي :

مع أن التمريض في العالم العربي يسير بخطى حثيثة ويتطور، وفـــي الأردن بشكل خاص أصبح هناك تميز في التمريض الأردني والحمد لله ، إلا أننا نلاحظ أن التمريض النفسي ما زال بعيداً في ثلاثة محاور :

1. مناهج كليات التمريض : تحتوي عل كمية غير كافية من المعلومـــات والتدريب العملي مما يجعل الممرض يبتعد عن ما لا يعرفه إلى ما يعرفه ، فـــإذا كان المريض يعاني من إرتفاع في ضغط الدم والإكتئاب فإن التركيز يكون على إرتفاع ضغط الدم لأنه مفهوم ومعروف وأما الإكتئاب فلأنه ليس واضح للممرض فلا يعلق عليه أو يناقشه .

2. التعليم المستمر : ويلاحظ أيضاً في هذا المجال أنه في كـــل الأنشـــطة التي تقد من مؤتمرات للتمريض وأيام علمية وغيرها وفي برامج التعليم المستمر داخل المستشفيات لا يأخذ التمريض النفسي أي قسطاً منها ، وإن كان له مكن فهو هامشي وشحيح .

3. إختصاص التمريض النفسي قد فصل في معظم دول العالم بحيث أن التمريض النفسي وتمريض الإعاقات العقلية يبدأ كذلك منذ إلتحاق الطالب في الكلية بحيث يتخرج ممرضاَ نفسياً أو ممرضاَ متخصصاً بالإعاقة ، ولا زلنا في مستشفياتنا ومراكزنا النفسية نعتمد على التمريض العام مع بعض الخبرة والتدريب في المراكز النفسية ، وهذا لا يكفي لتطوير هذا الفرع المهم من التمريض ، ومن الممكن من حيث المبدأ إستحداث برنامج الدراسات العليا كالدبلوم والماجستير لأحد كليات التمريض لمنح درجة في التمريض النفسي ، أو البدء في درجة البكالوريوس في التمريض النفسي وهي مهنة فيها نقص كبير في الأردن والدول العربية وفي كل دول العالم .

وقد نصل إلى بعض التوصيات البسيطة و الإقتراحات على النحو التالي :

1. تدعيم برامج ومناهج التمريض النفسي في كليات التمريض المختلفة .
2. التركيز على التمريض النفسي ضمن التعليم المستمر .
3. إعطاء فكرة إنشاء بكالوريوس ، دبلوم أو ماجستير في التمريض النفسي إهتمام من قبل كليات التمريض ونقابة الممرضين .
4. توفير إجتماعات دورية لكادر التمريض بالتعبير عن مشاكلهم والتعاون على حلها .

> كما أن الإنتحار مرتفع بين الأشخاص الذين يعانوا من إصابات الدماغ ، الصرع التصلب اللويحي ، مرضى هنتغتون ، مرضى باركنسون، السرطان ، ومرضى الإيدز والذي يصل فيه معدل الإنتحار 7 أضعاف المعدل العام بين السكان

29- الطـــــب النفســــــي والإعــــــــلام

هناك علاقة خاصة تربط بين الطب النفسي بالإعلام المسموع والمرئي والمكتوب ، وهذه العلاقة لا بد من الإهتمام بها لخدمة الطب النفسي وخدمة الإعلام وبالمحصلة خدمة المواطن والوطن ، ومن الممكن النظر لهذه العلاقة على عدة محاور :

1. التوعية النفسية : إن المرض النفسي بإنتشاره الذي يزيد عن خمُس السكان ، لا زال غامض على الناس ، تشوبه الكثير من المفاهيم الخاطئة ويصعب على المواطن العادي فهمه ، وللأعلام دور أساسي في هذه التوعية والتي بدورها تعمل على إرشاد المريض وسرعة وصوله للعلاج وعدم إنحرافه نحو الشعوذة والأساليب الغير علمية ، ولا بد للإعلام أن يأخذ على عاتقة التوعية

2. المدروسة ، ومحاربة الشعوذة ، والملاحظ أنه بين الحين والأخر تظهر تقارير إخبارية أو صحفية عن الشعوذة تحاول أن تموه الموضوع ولا تحسمه مما يترك المواطن في حيره ، وقد يؤدي هذا إلى ترويج الشعوذة بدل محاربتها ، وأما التوعية النفسية الغير مدروسة فقد تسبب الخوف والبلبلة للمريض وذويه .

3. تشويه الطب النفسي : على مدى العقود الماضية ظهر الطب النفسي في وسائل الإعلام ، على أنه طب يعنى بالجنون ولا يقوم على أسس علمية ، وأعطيت صور غريبة للمرض والمريض ، ساهمت سلباً في موقف الناس ونظرتهم من هذا العلم ، ومن الملاحظ أن كلمة الطب النفسي بحد ذاتها غير وضاحة للإعلام ، تخلط مع علم النفس في المقابلات الصحفية يقال عن الطبيب النفسي أنه عالم نفسي أو العكس .

4. إستعمال مصطلحات نفسية غير صحيحة : يستعمل الكتاب كلمات كإنفصام المجتمع أو الإحباط العام ، أو الإنهيار العصبي أو الإنهيار النفسي ، دون أن تكون هذه الكلمات معروفة وواضحة ، مما يجعل وسائل الأعلام مصدر للخلط في المفاهيم و التعاريف والمعلومات ، و بإعتقادي أن الكاتب الذي يرغب في إستعمال مصطلح لابد أن يرجع لمصادر تحدد معناه .

5. البعد النفسي في الإعلام و مردوده : أن الأمور النفسية تدخل في الإعلام دائماً وقد يكون لهذا مردود إيجابي أو سلبي ، فالمسلسل الذي يعالج مشكلة أسرية و يتناولها بطريقة علمية ، بحيث يوضح إدمان الأب وأثره على سلوك الأبناء و إكتئاب الزوجة ، وقد يوصل رسالة قوية للعديد من العائلات التي سوف تقبل المساعدة و اللجوء للطب النفسي ، أو أن الطب النفسي زادها تشابكاً ، وأصبح المردود سلبياً .

6. الجريمة والمرض النفسي : كلما وقعت جريمة غريبة سارع الصحافيون للكتابة للحديث عنها ، و الإ فتراض إن المجرم لا بد وأن يكون مريض . وقد لا يدري الكاتب عندما يقول (هذا القاتل لا بد أن يكون مريض بالشيزوفرينيا) أن هناك 40 ألف مصاب بهذا المرض ، سوف يتأثرون وتتأثر عائلاتهم ويدب الرعب فيها ، وقد يتم الخلط بين السلوك الإجرامي المنحرف

من المقاصد التشريعية حفظ النفس ، وقد وضع الإسلام التشريعات الكفيلة بحفظ الأنفس بطريق الإيجاب أو السلب ، أما حفظها بطريق الإيجاب فيكون بإيجاب ما تحتاج إليه لبقائها من طعام وشراب وكساء ودواء

7. والسلوك المرضي المنحرف . وفي هذا تجني على العلوم فهناك علم الجريمة ، وعلم العقاب ، علم النفس الجنائي وعلم الإجتماع الإجرامي و الطب الشرعي والطب النفسي القضائي كلها علوم تتعلق بالجريمة ، و إستخلاص النتائج دون إطلاع فيه الكثير من المغالطة ، وأحياناً أعاقة تنفيذ العدالة و تشويش الرأي العام

8. التحقيق والتقارير (سبق صحفي) : تطالعنا وسائل الإعلام المختلفة بين الحين والأخر بتقارير عن مواضيع مختلفة . مثل الإساءة للطفل أو المخدرات أو الإغتصاب كأن الإعلام لم يتطرق لهذا الموضوع سابقاً ولا أحد يعلم به ، فيبدو للقارئ أن هذه ظاهرة جديدة مخيفة بدأت ، وغالباً ما يصدر عن المبتدئين في عالم الصحافة . وتخلق هذه التقارير بلبلة وتشويش لا داعي لها ، ولا بد من مراقبة الصحفيين المبتدئين من الأكثر خبرة .

9. مرض العصر : يحلو للكتاب و الصحفيين ومقدمي البرامج المسموعة والمرئية القول ، عن أي مرض نفسي أو كل الأمراض النفسية أنها أمراض العصر ، ولا أدري من أين جاء هذا المفهوم ، فقد كتب في حفائر حمو رابي أوصاف للعديد من الأمراض النفسية ، وكانت الحضارة اليونانية زاخرة بالطب النفسي ، وفي الحضارة العربي الإسلامية كان الرازي وابن سينا خير من كتب في الطب النفسي وقد وصف أسس الطب النفسي الحديث ، وكانت مستشفى بغداد في عهد هارون الرشيد ربعها للطب النفسي ، وكذلك مستشفى أبن قلارون في العهد الفاطمي في القاهرة . إن الوصف المتوارث للمستشفيات النفسية في العهد الأموي والعباسي وفي الأندلس في غاية الروعة ، فهي حدائق غناء فيها الأزهار والطيور و النوافير وخرير المياه ، والموسيقى والحمامات الساخنة والباردة والعناية الإنسانية العالية ، وقراءة القرآن بصوت جميل وغير ذلك ، وحتى المخدرات فقد وجد إشارات للحشيش في المعابد الفرعونية وإستعمال الأفيون منذ آلاف السنين وكذلك الخمور .

10. الأسئلة والتحقيقات الخارجية عن الإختصاص : في كثير من الأحوال يصعب على الصحفي التفريق فيما إذا كان الموضوع المطروق متعلق بالطب

قد حرّم الإسلام على المرء أن يعتدي على نفسه بالقتل أو الإيذاء ، قال تعالى " ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيماً " وقال تعالى " ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة

11. النفسي أو علم النفس بفروعه أو علم الإجتماع أو السياسة أو الفلسفة . ويصر على إقحام أحد المختصين الذين لا علاقة لهم بالموضوع ، و بإعتقادي أن معرفة الإختصاص والعلم وما يتبعه أمر متيسر في أي مكتبة ، وأي من الخبراء يستطيع الإجابة عن الموضوع إلى من يتبع .

12. القصة والأفلام والمسلسلات : يستهوي الكتاب والمؤلفون أن يتطرقــوا للقضايا النفسية ، وهي بلا شك مادة خصبة للكتابة ، ولا يمكن التقليل من جاذبيتها للناس و المشاهدين ، ولكن من المستغرب أن فيلم أو مسلسل يكلف عشــرات أو مئات الآلاف ، يبحث في حالة نفسية لا يستعان بها بأحد الخبراء ، وذلك إما لعدم الوعي للموضوع ، أو عدم الرغبة في تغيير المفاهيم أو لأمور مادية.

13. العلاقة بين الصحفيين والخبراء النفسيين : إن هذه العلاقة يفترض فيها أن تكون تعاونية تكاملية بناء على ما ورد أعلاه ، ولكن مع الأسف فإنها في كثير من الأحيان لا تكون كذلك ، بعض الصحفيين يتعامــل مــع الخبيــر دون إدراك خبرته ومجاله و يحاول أن يضع الكلام على لســانه ، أو أن يحــاول الصــحفي إشعار الخبير بأن طلب رأيه هو رفع من شأنه ، وأن الصحفي سيعمل على شهرة الخبير ، وفي كتابات النص التلفزيونية الســينمائية فــإن الكثيــر مــن الكتــاب والمخرجين يتوقعون خدمات مجانية لساعات طويلة من الطبيب والخبير .

30- النـــــــوم والأحـــــــلام

يقضي الإنسان ثلث حياته في النوم ، ويقضي ربع هذا النوم فــي الأحــلام ، ويحدث هذا على فترات منتظمة تتكرر كل 90 دقيقة من النوم . ويشــترك مــع الإنسان في ظاهرة النوم الكثير من الحيوانات .

وأحد أهم الدورات البيولوجية في الإنسان هــي الــدورة الزمنيــة الســرقادية (Circardian) وهي من أصل لاتيني وتعني اليوم ، وطول هذه الدورة هو 24 ساعة ، وهي دورة متكررة وثابتة ، لا من حيث توقيت حدوث النوم ومدته الزمنيــة فقــط ، ولكن من حيث طول الفترة التي تقع ضمنها دورة النوم ، وتعرف هذه الدورة بــوتيرة اليوم ، وهي حصيلة آلاف الوتائر البيولوجية في جسم الإنسان ، وهذه الوتــائر هــي الساعات البيولوجية . وتشمل وتيرة حرارة الجسم وغيرها من التغيرات الهرمونية .

رتب الإسلام على هذه الجريمة (الإنتحار) أكبر العقوبات فمر تكبها مخلد في نار جهنم شأنه شأن من كفر بالله تعالى ، قال صلى الله عليه وسلم " من تردى من جبل فقتل فنسه فهو في نار جهنم يتردّى فيها خالداً أبداً ، ومن وجاء بطنه بحديدة (في يده) فحديدته في يده يجأ بها بطنه في نار جهنم خالداً فيها أبداً

إن التعريف الحديث للنوم يعتبر النوم حالة نشطة وليس خاملة ، وبأن النـــائم يتمتع أثناء نومه وفي بعض مراحله بدرجة من درجات الوعي ، والنـــوم حالـــة طبيعية ، يسهل عكسها ، وتتصف بالتكرار ، و بإنخفاض فـــي الإســـتجابة إلـــى الإشارات الخارجية ويعتمد هذا التعريف على البينات الآتية من حركـــة الـــدماغ الكهربائية ومخطط حركة العينين ومخطط العضلات الكهربـــائي ، والتغيـــرات الفسيولوجية والمظاهر السلوكية والشعور .

ويحدث النوم بفعل الخلايا العصبية وتواصلها الكيماوي والكهربائي ، ويشار إلى نواة رافي (Raphe Nucleus) في ســـاق الـــدماغ المحتويـــة علـــى السيروتونين بأن لها دور مهم في النوم .

الحالات الهستيرية سواءاً التحويلية أو غيرها ، عادة ما تعرض على أطباء الطوارئ على شكل نوبات الصرع ولكن دون غيبوبة و لا عض على اللسان ولا إيذاء للنفس

مراحل النوم :

1. يبدأ الفرد نومه بالمرور تدريجياً من حالة اليقظة الكاملة إلى حالة النوم ، مروراً بفترة النعاس (Hyponogogic State) ، وطول هذه الفترة يتراوح من فرد لآخر وفي نفس الفرد من وقت لآخر ،وفيها يحدث تراخي في عضـــلات الجسم وقد تظهر أحلام النعاس (Hypogogic Dreams) . والتي تســـمى هلاوس النعاس لأن الإنسان يكون فيها غير نائم بعد .
2. عند الوصول لحالة النوم العقلية فهو يدخل المرحلة الأولى من النوم (Non-REM) والتي تتكون من أربع درجات متتالية ، ومتزايدة في العمـــق ، ولكل درجة منها نسبة زمنية محددة ، فالدرجة الأولى مثلاً هي أقصر درجـــات النوم زمناً فهي لا تتجاوز بضعة دقائق من الزمن ، ويلاحظ فيها إختفاء ذبـــذبات ألفا من تخطيط الدماغ وظهور حركة دماغية غير متزامنة السرعة وبطيئة أيضاً (4—6) ذبذبة في الثانية بينما تكون ألفا (8–14) ذبذبة في الثانيـــة . وعنـــدما ينتقل النائم إلى الدرجة الثانية من النوم تتغير الحركة الدماغية مجـــدداً أو تزيـــد سرعتها إلى (13 – 15) ذبذبة في الثانية . وتكون ذات إرتفاع عـــالي ، ثـــم ينتقل النائم إلى الدرجة الثانية من النوم تتغير الحركة الدماغية مجـــدداً أو تزيـــد سرعتها إلى (13 – 15) ذبذبة في الثانية عليها مركبات ك (K – complex) ، ثم ينتقل النائم للدرجة الثالثة والتي تظهر فيها ذبذبات دلتا (0.5 – 2.5)

1. ذبذبة في الثانية . وتكون ذات إرتفاع عالي ، ثم ينتقل للدرجة الرابعة وهي أعمق درجات النوم وتكون الذبذبة فيها بطيئة وعالية .

2. بعد الدرجة الرابعة ينتقل النائم إلى المرحلة الثانية من النوم والتي تسمى مرحلة حركة العينين السريعة والمترافقة Rapid Eye movement والتي يرمز لها REM، وفيها تكون الحركة الدماغية مشابهة لليقظة ، أو الدرجة الأولى للنوم ، وفيها يحدث نشاط جسدي مثل سرعة ضربات القلب والتنفس وإرتفاع ضغط الدم ، و إرتخاء العضلات ، وتوتر القضيب وبعض الحركات العضلية المتفرقة .

3. يفيد معظم النائمين إذا ما تم إيقاظهم في هذه المرحلة أنهم كانوا يحلمون (60–90%) ، بينما لا يفيد أكثر من 7% من الذين أوقظوا في الدرجات الأربعة من المرحلة الأولى أنهم كانوا يحلمون . وبناءاً على ذلك تسمى المرحلة الأولى ذات الدرجات الأربعة بالنوم غير الحالم أو النوم المتزامن أو النوم بلا حركة العين السريعة

(Non Dream Sleep , Synchronized Sleep Non REM Sleep)

كما يسمى نوم المرحلة الثانية نوم الحركة السريعة للعينين أو النوم المستقيم أو الموافق والنوم غير المتزامن أو نوم دلتا والنوم المفارق

REM sleep , Non Sychronized , D-sleep, Paradoxical sleep) (

هناك نشاطات فسيولوجية تفرق بين حالة اليقظة من ناحية والنوم من ناحية أخرى ، وفي النوم غير الحالم هناك حالة هدوء فسيولوجي عامة في الجسم ، وفي النوم الحالم هناك حالة نشاط فسيولوجي .

ويمكن المقارنة بين النوم الحالم وغير الحالم في الجدول التالي :

نوبات الفزع : تكون على شكل شعور مفاجئ بحتمية الموت أو حدوث نوبة قلبية أو جلطة دماغية ، يهرع المريض للطوارئ ، وعند الفحص لا يوجد من المظاهر الطبيبة ما يفسرها ، وإذا لم تؤخذ السيرة المرضية بعناية ، فإنه على الأغلب ، سيكون الإجراء الطبي خاطئ

مرحلة النوم غير الحالم	مرحلة النوم الحالم
❖ نوم هادئ وآمن	❖ نوم غير هادئ
❖ إنخفاض سرعة القلب 5-10 / دقيقة	❖ زيادة النبض
❖ ضربات القلب منتظمة جداً	❖ ضربات القلب غير منتظمة السرعة
❖ التنفس يصبح بطيء وأكثر إنتظاماً	❖ التنفس أسرع
❖ انخفاض ضغط الدم	❖ إرتفاع ضغط الدم
❖ إرتخاء عضلي	❖ إرتخاء شديد في العضلات وحركات في بعض العضلات
❖ لا تظهر حركة العين	❖ ظهور حركة العين الشريعة المتوافقة
❖ لا يوجد توتر قضيبي	❖ توتر جزئي أو كامل في القضيب
❖ بطء في الدورة الدموية العامة والدماغية	❖ إرتفاع في سرعة الدورة الدموية وإستهلاك الأكسجين
❖ صعوبة الإستفاقة	❖ سهولة الإستفاقة المتوافقة .

3. يكون الوعي مفقود في النوم وخصوصاً غير الحالم ، ولكن هذا يختلف عن الغيبوبة ، أنه يمكن إيقاظ النائم ولا يمكن إيقاظ من هو في غيبوبة .

4. الفعاليات العصبية : هناك عدة نشاطات في الجهاز العصبي تتم أثناء النوم بنوعيه الحالم وغير الحالم ، وهي تتعلق بالناقلات العصبية والكيماوية و الهرمونات .

الذهان الحاد : يشمل الذهان على هلاوس سمعية وبصرية تصاحبها أوهام الإضطهاد أو العظمة وتغيير في السلوك أو التعامل معها يتطلب بعض المعرفة النفسية

التوزيع النسبي للنوم

فترة النوم الحالم	حوالي 15-20%
فترة النوم غير الحالم	من 80-85 %
الدرجة الأولى	3%
الدرجة الثانية	50%
الدرجة الثالثة	7%
الدرجة الرابعة	15%

مدة النوم

يبدأ الطفل الصغير أيام وأسابيع حياته الأولى بالنوم بصورة متقطعة ، ولمعظم ساعات اليوم ، وتقل مدة النوم تدريجياً ، وتتدمج ساعاته إلى أن يصبح للنوم ساعاته المقررة ، ولفترة واحدة طويلة في الليل ، وفترة أخرى قصيرة في النهار ، ومع مرور مراحل الطفولة والمراهقة فإن ساعات النوم الليلية تصبح هي الأساس ، أما القيلولة فإنها تتبع العادة عند الكبار ، وتعتمد على الجو وطبيعة العمل ، ومعدل نوم الإنسان الطبيعي هو 7-8 ساعات ومع تقدم السن تقل الحاجة للنوم ويصل 5-6 ساعات .

وظائف النوم

يمكن تلخيصها في ثلاث نقاط :

1. النوم يخدم وظائف أساسية منها إستعادة الإنسان أو الحيوان لنشاطه وللمقومات التي يقوم عليها هذا النشاط وهو بذلك حالة ضرورية لا غنى عنها .
2. النوم غير الحالم يقوم بمهمة إستعادة النشاط الجسمي ، وهناك من الدلائل ما يفيد أن الخلايا الجسدية تقوم خلال هذا الجزء من النوم بصنع الجزيئات الروتينية الكبيرة أو (RNA) وهذا في معظمة يحدث في الدماغ .
3. النوم الحالم يخدم الوظائف العقلية والنفسية الدقيقة للإنسان .

إضطرابات النوم

1. الإضطرابات الأساسية في عملية النوم – اليقظة ، الأرق ، النوم المفرط ، نوبات النوم ، النعاس .
2. إضطرابات دورة النوم – اليقظة .
3. إضطرابات النوم التي تصاحبها أعراض سلوكية ، المشي أثناء النوم ، التكلم أثناء النوم ، رعب الليل ، الأحلام الكابوسية ، صك اللسان ، دق الرأس ، شلل النوم ، ذبول القضيب ، الإنتصاب المؤلم ، الصداع النصفي .
4. حالات مرضية تشتد حدة أثناء النوم .

الأحلام

قد ينفي بعض الناس أنهم يحلمون ، أو أنهم لا يذكرون أي شئ عن أحلامهم ، إلا أن الثابت قطعاً أن كل إنسان يحلم في نومه وطوال حياته ، منذ ولادته

يعتبر الإكتئاب من الطوارئ إذا كان شديداً ، توقف فيه المريض عن الطعام والشراب أو أظهر ميول إنتحارية ورغبة بقتل من يحب ، أو إذا كان يرافقه حالة تهيج شديدة . وأوهام التأنيب و هلاوس مختلفة

وحتى نهاية عمره ، وهذا يحدث كل ليلة وخلال فترات متكررة في النوم ولمدة تقارب ربع ساعات النوم ، وهذا يعني أننا نقضي عشر حياتنا نحلم ، أي ما يساوي سبع سنوات لمن يصل سن السبعين ، ويصل عدد الأحلام لحوالي 150 ألف حلم في عمر الإنسان ، وينظر للأحلام على أنها وظيفة حيوية نفسية في الإنسان ، معظم الأحلام تحدث في النوم الحالم ونسبة قليلة في النوم غير الحالم ، وتكون الأحلام في النصف الأول من الليل قصيرة وأقل شحناً بالعواطف من النصف الثاني ، أما أحلام النوم غير الحالم فهي صعبة التذكر وقليلة المحتوى العاطفي .

عند حدوث إي مرض كالتهاب رئوي أو بولي قد يترافق الخرف مع حالة هذيان ، مما يؤدي إلى تسارع شديد في الحالة

بدأت النظريات البيولوجية الحديثة في الأحلام بإكتشاف أرّينسكي وكلايتمان عام (1953) لحركة العينين السريعة أثناء النوم وما تلي ذلك من إكتشاف فترات النوم الحالم وفترات النوم غير الحالم إثناء النوم ، وجاء هذا بعد سنوات من النظريات النفسية وخصوصاً بحوث فرويد عن الأحلام و إعتبارها نافذة على اللاوعي ، ويبدو أن الأحلام هي أحد وسائل النوم في تأدية وظائفه البيولوجية والنفسية .

غموض الأحلام

تظهر الأحلام في معظم الحالات على أشكال وصور غامضة وغير مألوفة ومبهمة وعشوائية ، مما يصعب مطابقتها مع التجارب والصور المألوفة في الحياة ، وقد يكون هذا نتيجة حتمية للنشاطات العصبية المختلفة والمتعددة والتي تحدث في آن واحد ، وما ينجم عن ذلك من تأليف وتركيب وتجميع للمعلومات المثارة بسبب هذا التنشيط ، ولهذا تأتي بعض وقائع الحلم ممثلة لأكثر من تجربة وبأبعاد زمنية مختلفة وبوقائع مختلفة ، مما يدلك على أن أكثر من دورة من التنشيط والإثارة تحدث في آن واحد وتتلاقى وتصب في معين واحد . ولهذا تأتي غامضة ومبهمة وبدون معنى .

تغيير الصور

تتغير الصور الواردة في الأحلام بسرعة عظيمة ، مما يسبب ظهور عدة تجارب حسية في فترة قصيرة من الزمن ، وهذا ينتج عن نشاط عدة مراكز

مرضى القلق وخصوصاً المزمن دائمي التردد على العيادات والمستشفيات ، وكثيري الشكوى ، وذلك أن أعراض القلق كثيرة وأغلبها غير عضوية

عصبية في آن واحد ، وبتوالي سريع مما يوفر عدداً كبيراً من المعلومات في وقت قصير ، ولهذا السبب فإن صور الأحلام تتغير بصورة سريعة ومفاجئة وبدون روابط بينها وبين الصور السابقة واللاحقة ، من حيث الزمان أو المكان أو الوقائع ، غير أن بعض الأحلام تبدو متسلسلة ومتواصلة من حيث الزمن والمحتوى ، تظهر بعض الأحلام شديدة الوضوح شحيحة المحتوى قصيرة الزمن وبخاصة في الفترة الأولى من الليل ، وقد تكون الأحلام مليئة بالصور الخيالية والتي لا وجود ولا أساس لها . وتغلب على الأحلام الصور البصرية أكثر من اللفظية ، وتترافق الأحلام مع إنفعالات مختلفة ، مثل اللذة والأسى والغضب والقلق والخوف والرعب ، ومن حيث وجود رموز في الحلم فهو أمر معقد ، ولكن يمكن القول ببساطة أن الأحلام في معظمها هي من وضع النصف الأيمن من الدماغ فتأتي على شكل صور وخيالات دون كلام ، ولفهمها لا بد للنصف الأيسر من الدماغ أن يترجمها لفظياً .

تذكر الأحلام

إن أكثر من نصف الناس لا يتذكرون بأنهم يحلمون ، ولا يتذكرون شيئاً من أحلامهم . وكثير من الناس يتذكرون فقط الحلم الأخير قبل اليقظة ، وعلى الأغلب فإننا لا نتذكر أكثر من عشرة بالمائة من مجموع الأحلام ، وحتى الجزء الذي نذكره قد لا يكون كاملاً ، أو قد تضيف إلية بدون وعي بعض التفاصيل حتى يصبح مفهوم.

يسهل على الفرد الذي كان يحلم ، أن يتذكر حلماً كلياً أو جزئياً إذا ما إستفاق تلقائياً أو مصادفة أو تجريبياً أثناء فترات نومه الحالم ، أو حال إنتهاء فترة الأحلام ، وتقل إمكانية تذكر الأحلام وبصورة متسارعة منذ نقطة إنتهاء الحلم كله ، وإمكانية تذكر الحلم ، لذلك تتناسب تناسباً عكسياً مع تطاول مدة الزمن على إنتهاء الحلم .أي كلما طال الزمن على نهاية الحلم كلما قلت إمكانية تذكره ، ومما يساعد على تذكر الأحلام محاولة إسترجاعها فور النهوض . ومن الجدير توضيحه أنه سواء تذكرنا الحلم أم لا فإنه يقوم بوظائفه المطلوبة .

الموهبة والإبداع ومحتوى الأحلام

تدل الدراسات أن أحلام الموهوبين أكثر إبتكاراً وتشعر بثقة من غير المبدعين ، وكما أن أحلام الموهوبين تأتي على صور أفكار غير إعتيادية وغير ممكنة

وعشوائية مكثفة ، وكما أن أحلام الفنانين والأدباء المبدعين تتجه خارج العادة إلى المستقبل والى الماضي وهم أكثر تذكر لأحلامهم .

التأثير في الأحلام :

يتأثر الحلم بالتجارب والخبرات الشخصية للفرد في الأيام السابقة ، وتلك الأحداث والمشاهد والأفكار التي تسبق النوم ، كما أن الأثاث في الغرفة والألوان والأصوات مثل دقات الساعة أو الإزعاج تتداخل مع الأحلام ، كما للعطش والجوع و إمتلاء المثانة آثارها ، وللبعض القدرة في التأثير على الحلم أثناء حدوثه بأن يوقفه أو يوجهه أو يضيف إليه ويتحكم في سيره .

وظائف الأحلام :

تحقق الأحلام الرغبات وتنفس عن التوترات وتحرس النوم من الإزعاجات ، وتساعد أحياناً في حل الصراعات النفسية والمشاكل العملية ، وقد تكون عملية تفكير وتخطيط للأمام ، وتعطي الإنسان قدرة أكبر على التعلم والتكيف ، ما يمكن أن تساعد في الإبداع و الإبتكار وتحافظ على التوازن العقلي ، وتمثل الأحلام الصور النفسية للنشاط العصبي خلال النوم الحالم ، وقد تكون وسيلة للتخلص من النفايات الفكرية ، وتصفية الذاكرة وتنظيم السلوك الغريزي ، والتهيئة للإنفعال العاطفي توطيد للذاكرة والتعلم ، ولا شك أن لبعض الناس قدرة على توقع المستقبل يصعب فهمها وتفسيرها علمياً

التسمم بالكافيين : يغفل عنه الأطباء رغم كثرة شرب الناس لشاي والقهوة دون حساب . وأعراضه هي الأرق الشديد ، التهيج وسرعة ضربات القلب ، الإسهال ، الغثيان ، والقيء وألم المعدة وكثرة التبول والصداع والرجفة

31- المستشفيـــــات النفسيـــــة الإسلاميـــــــة

كان من المعروف في الحضارات القديمة التي سبقت الحضارة العربية الإسلامية ، أن المرضى النفسيين يتم حجزهم في المعابد والملاجئ والسجون ، بهدف حماية المجتمع منهم ، ولم يكن العلاج هو الهدف ، ولا يوجد في التاريخ دلائل على قيام المستشفيات النفسية قبل العصر الإسلامي ، فقد بنى الخليفة الأموي الوليد بن عبدا لملك مستشفى في دمشق عام 707 ميلادي ، وفي ينفس الفترة بني مستشفى آخر في بغداد ، وكان مستشفى النوري أو العتيق في حلب من أشهر المستشفيات ، فقد خصص لكل مريض خادمين للعناية بنظافته ولباسه وطعامه وتوجيهه للصلاة وسماع القرآن الكريم ، ثم المشي في الهواء الطلق

وبعدها الإستماع للألحان الشجية والموسيقى الهادئة ، ولعل دار المرفطين الذي شيدت في بغداد عام 1173 م كانت من أكثر المستشفيات تطوراً ، فقد كان القاضي يزور المستشفى ويقوم بجولة مع الأطباء ويطّلع على أحوال النزلاء ، وعندما يتفق الأطباء مع القاضي على أن المريض أصبح جاهزاً للخروج للمجتمع ، كان القاضي يقرر ذلك ويعطي المريض خمسة دنانير من الذهب ليبدأ حياته من جديد ، وفي هذا بداية للتأهيل النفسي ، وللممارسة القانونية في حقوق المرضى النفسيين ، وهذه الممارسة تحاكي قوانين الصحة النفسية المعمول فيها في الكثير من الدول المتقدمة .

حال حدوث الكارثة فإن كل الناس تصدم وتصاب بالهلع والوجوم والخوف والإضطراب الشديد ، ويفقد معظم الأفراد قدرتهم على الحكم والتقييم الصحيح للواقع ، فالمعطيات والمعلومات قليلة ، وقد يتصرف البعض بتهور وحماقة ولا مبالاة

وقد إنتشرت المستشفيات في كافة أرجاء الدول الإسلامية وكانت على مستوى راقي من التقدم ، وقد وصف أحد المؤرخين زيارته لمستشفى نفسي ، بأن جو المستشفى يبعث على الراحة ، وتتوزع فيه نوا فير المياه وسط الحدائق الجميلة ، وتشمل برامجه العلاجية على الغذاء الخاص و الإستحمام والعقاقير والعطور ، وكانت الجوقات والفرق الموسيقية تعزف من الألحان ما يريح الأعصاب ويخفف المعاناة .

وعن طريق الأندلس عرفت أوروبا المستشفيات النفسية ، فقد كانت الحضارة العربية الإسلامية سباقة إلى وحدات الطب النفسي في المستشفيات العامة ، وقد بني مستشفى العدودي في بغداد عام 978م ، وكان يقسم إلى قسمين : للرجال والنساء ، وفي كل قسم أربعة أجنحة للجراحة والأمراض الباطنية والعيون والطب النفسي ، كما شمل مستشفى قلاوون في القاهرة على وحدة مماثلة في نهاية القرن الثالث عشر.

32- الـــــرازي والطــــب النفســـي

الطبيب العربي المسلم الرازي كان قد ألف كتابه المنصوري في الطب وتبعه بكتاب آخر للطب النفسي ، أحتوى على مقدمة وعشرين فصلاً ، بحث فيها في الغيرة ، الحب ، الكبت ، الوسواس والخوف من الموت وغيرها الكثير .

هذا وقد ذكر النظامي أن منصور بن نصر بن نوح السمّاني أصيب بمرض شديد تمكن في نفسه وطال عليه الأمد وصار مزمناً وعجز الأطباء عن علاجه ،

فأرسل الأمير في طلب محمد بن زكريا الرازي الطبيب المشهور ليعالجه ، فحضر الرازي إلى بخارى عاصمة الدولة السامانية وقابل الأمير وقال " أيها الأمير سأحاول غداً علاجك بطريقة ولكن هذا يستدعي أن تضحي بالحصان الفلاني من خيلك وبالبغل الفلاني من بغالك ، وكان الحصان والبغل معروفين بشدة السرعة في العدو ، ولما كان الغد أخذ الرازي الأمير وذهب معه إلى حمام خارج القصر ، وأعدّ الحصان والبغل للركوب إعداداً تاماً وتركهما في حراسة خادمه عند باب الحمام ، وأمر أن لا يدخل الحمام أحد من خدم الأمير أو حشمه أو غيرهم ، ثم أخذ الأمير وأجلسه في فناء الحمام المتوسط وأعطاه من شراب أعده وصب عليه ماءً فاتر ، وتركه حتى تتحرك الأخلاط التي بمفاصله ، ثم خرج ولبس ملابسه كاملة وأتى للأمير وفي يده سكين ، ووقف أمامه وأخذ يسبه ويلعنه ويكيل له السباب والشتائم ، ثم قال له : لقد أرسلت إلي خدمك وحشمك لإرغامي على الحضور لمعالجتك ، فشدو وثاقي وهددوني بالقتل إن لم أحضر معهم ، لست إبن زكريا إن لم أعاقبك على هذه الأعمال ، عند ذلك ثار الأمير ثورة عنيفة وبدت آثار الغضب عليه ونهض من مكانه وجلس على ركبتيه فسحب الرجل سكينه و إقترب من الأمير وزاد في تهديده ووعيده ، فأشتد غضب الأمير وأخذ منه كل ما أخذ ونهض ووقف على قدميه وما حركّه عن عجزه التام عن الحركة إلا غضبه من الرازي وخوفه على حياته هو ، فما كان من الرازي حين رأى الأمير وقد نهض على قدميه إلا أن ولى هارباً و إنطلق يجري نحو باب الحمام فخرج وركب الحصان ، وأمر خادمه أن يركب البغل وإنطلقا مسرعين جادين في السير لا يلويان على شيء حتى وصلوا مرّو ، ومن هناك أرسل الرازي إلى الأمير خطاباً يقول فيه (أطال الله عمر الأمير وأدامه معافى البدن نافذ الأمر ، إن خادمكم المخلص قد شرع في علاجكم فرأى أن العلاج الطبيعي أي بالأدوية والعقاقير يطول أمِده لقلة الحرارة الغريزية وضعف الجسم ضعفاً تاماً ، فعدلت عن ذلك ولجأت إلى العلاج النفساني وحملتك إلى الحمام وأعطيتك الجرعة وتركتك حتى تنضج الأخلاط في المفاصل ، ثم أغضبتك بما فعلت كي أمد الحرارة الغريزية بمدد جديد يقوى على تحليل الأخلاط ، وليس من الحكمة بعد أن حصل ما حصل ان يكون بيني وبين الملك صلة) .

بعد المرارة والقنوط واليأس يدرك الناس أن الأمور لا يجوز أن تبقى على حالها ، وأنه لا بد من إستمرار الحياة وإعادة البناء والتعمير ، والعودة للعمل و الإعتماد على النفس ، وقد تتطلب هذه المرحلة سنة أو أكثر وتعتمد على حجم الكارثة

كتب الرازي هذا الكتاب وأرسله مع خادمه وكان الأمير قد برىء من مرضه بسبب العلاج ، وفي هذه القصة إشارة إلى تأثير الكورتيزون على المفاصل وأثر الإنفعال النفسي على ذلك ، وكان الرازي كان يسطر الصفحات الأولى من الطب النفسجسدي التي إتضحت معالمه في العصر الحديث .

ومثال آخر من عبقرية الرازي في معالجة مرض الماليخوليا ، وهو مرض في تاريخ العرب القدامى يشمل حالات مرضية مختلفة منها الفصام والإكتئاب في مفهومنا الحديث ، وقد ذكر الرازي في كتاب الحاوي في معرض التحدث عن علاج الماليخوليا قوله (وفي باب الصرع علاج عجيب لمرض الماليخوليا) ، وهو بذلك أدرك العلاج بالإختلاج الكهربائي قبل ألف سنة من إكتشافه الفعلي بالقرن العشرين .

طبيعة عمل التمريض تجعل هذه المهنة من المهن التي فيها درجة مهمة من التوتر والقلق والضغط النفسي

33- الطـــب النفســـي بيـــن يـــدي إبن سينـــا

في طليعة من تطرق للأمور النفسية من أطباء العرب الشيخ الرئيس على بن سينا ، فقد كتب (285) كتاباً منها (23) كتاباً في المواضيع النفسية ، ومن مراجعة الفصول المختلفة لموسوعة القانون التي كتبها تظهر دلالات كثيرة مباشرة وغير مباشرة ، على عمق إدراك هذا الطبيب العبقري للأمور النفسية ، أود أن أورد بعض المقتطفات مما جاء في كتبه .

1. جميع العوارض النفسانية يتبعها أو يصحبها حركات الروح ، إما إلى الخارج وإما إلى الداخل ، كما الغضب واللذة والفرح والفزع والحزن والخجل ، وقد ينفعل البدن على هيئة تصوّرات نفسية ، ويتبدل المزاج بسبب ما يمكن أن يتصوّره المريض مما يخيف أو يفرح .
2. قال إبن سينا في معرض الكلام عن النبض وطريقة جسّه (ويجب أن يكون الجسد في وقت يخلو فيه صاحب النبض من الغضب والسرور والرياضة وجميع الإنفعالات ومن حال ترك العادات و إستحداث العادات) .
3. عن بول الفراش يقول (سببه إسترخاء العضلة وربما إعانة حدّة البول ، والصبيان قد يعينهم على ذلك الإستغراق في النوم ، فإذا تحرّك بولهم دفعته الإرادة الخفية الشبيهة بإرادة التنفس) ، وبهذا يقدم لنا أول إشارة للجهاز العصبي اللاإرادي .

لكن بعض الحالات لا بد وأن تبقى عالقة في الذهن ، وقد يحملها البعض في تفكيره وتصبح مصدراً للهم والغم

4. قال في حديثه عن الخفقان (وأكثر مما يعرّض هذا للذين يظهر على وجوههم تأثير الإنفعالات النفسانية وإن قلّت مثل فرح أو غم أو هم أو غضب أو نحو ذلك) .

5. في كتاب الشفاء يقول إبن سينا (تأمل حالة المريض الذي توهّم أنه صح والصحيح الذي توهم أنه مرض ، فإن كثيراً ما يعرض عن ذلك أن يكون إذا تأكدت الصورة في نفسه وفي وهمه إنفعل منه عنصره أي جسمه ، فكانت الصحة والمرض ويكون ذلك أبلغ مما يفعله الطبيب بآلات ووسائط ، فالصور إذا إستحكم وجودها في النفس و إعتقاده أنها يجب أن توجد ، وقد يعرض كثيراً أن تنفصل عن المادة التي من شأنها أن تنفعل) ، في هذا القول إجمال لطيف لمفاهيم الإحياء والتكيف في علم النفس الحديث ، وقد أعطاها إبن سينا إنفعالاً مادياً على خلاف الأساس النظري كما هو الحال في مدرسة فرويد ، فيكون إبن سينا أقرب إلى النظرية المادية في الإنفعالات النفسية وهو الإتجاه الأكثر إقناعاً وقبولاً في يومنا هذا .

6. في باب التحدث عن فن إرضاع الأطفال وشروط المرضع ، يقول (أن المرضع فإن تكون بطيئة عن الإنفعالات النفسانية الرديئة من الغضب والغم والجبن وغير ذلك ، فإن جميع ذلك يفسد المزاج وربما أعدى الرضاع).

7. أنتهج إبن سينا في تعليله لكيفية حدوث الأحلام نهجاً علمياً مادياً يخالف من كان معروفاً في زمنه ، وحتى لزمن طويل بعده ونظريته في ذلك أن الأخلاط والعصارات من الجسم التي تصل إلى الدماغ عن طريق الدورة الدموية فإن لها إذا ما كانت من الحدة الكافية أن تثير منطقة ما في الدماغ ، فإذا حدث ذلك أثناء النوم فإن هذه الإثارة تؤدي إلى إظهار مختزنات الذاكرة من التجارب المخزونة في هذه المنطقة من الدماغ ، وهذه الإستثارة هي ما يعرض للنائم في حلمه ، وهذه النظرية تشابه النظرية العلمية الحديثة للأحلام .

أود أن أقول في خلاصتي بأن الطب النفسي لم يكن دخيلاً ولا مستورداً على حضارتنا ، بل نحن نفاخر العالم بأن أطباء العرب والمسلمين كانوا أوائل من وضعوا النقاط على الحروف في هذا العلم وقبل ألف عام .

إن الممرض عليه مسؤولية قانونية خلال عمله ، وكل كلمة قد يكون لها معنى إذا تضاعفت الحالة أو أدت إلى وفاة مفاجأة ، فلا بد من تسجيل كل علاج والتأكد من تاريخه وجرعته وطريقة إعطاءه ، وهذا يجعل الممرض متنبهاً ومتحفزاً خلال عمله

34- آثار المخدرات والعقاقير على الفرد

التعريف العلمي الأساسي لدواء أنه مادة تؤثر بطبيعتها الكيمائية في بنيان الكائن الحي أو تؤثر في وظيفته ، ويشمل هذا التعريف تقريباً كل ما يبتلعه المرء أو يستنشقه أو يحقن به أو يمتصه ، وهذا بدوره يشمل الأدوية المستعملة دون وصفه طبية والأدوية الممنوع تعاطيها قانونياً ، والكحول ولفائف التبغ وما يضاف إلى الأغذية من معالجة بمواد كيميائية حافظة أو ملونة .

بالواقع ليس هناك ما يمكن تسميته أثراً واحداً للدواء ، ذلك أن للأدوية جميعها آثاراً متعددة تتفاوت بتفاوت مستوى الجرعات وبين شخص وآخر وتتأثر إلى حد بعيد بالزمان والمكان ، إذن فآثار المخدر عبارة عن محصلة التفاعل بين الدواء ووضع الفرد الجسدي والنفساني و الإجتماعي .

وتعتبر جميع الأدوية خطرة على بعض الأفراد عند مستوى معين وفي ظل ظروف معينة ، وبعض الأدوية أكثر خطراً من أدوية أخرى وكذلك فإن بعض الأفراد أكثر حساسية للأدوية من غيرهم ، ولذلك فإن إستخدام الدواء أي دواء هو مخاطرة بحد ذاته ما لم يكن بإشراف طبي .

وعودة إلى المخدرات نقول أن العقار المخدر هو مادة كيميائية إذا دخلت البدن أدت إلى مجموعة مشاعر محببة للمتعاطي نتيجة حالة معدلة في الشعور لديه ، تكون نتيجة مباشرة لتأثير العقار على دماغ المتعاطي ، كما أنها تسبب تسمماً يؤدي إلى تغير عقلي وتبدل في الشعور كما قد تؤدي إلى خلق شعور جيد لديه ، أما الإحساس بقوة ذاتيه غير واقعية أو تلبيتها لمشاعر سيئة لديه ، فهي إذن تعمل على دماغ المتعاطي لتولد الشعور والأفكار التي يمكن أن تترجم لديه (أن أعملها ثانية) .

وهذا الحديث عن المخدرات يثير تساؤلات عن الحالات التي يساء فيها إستعمال العقار المخدر ، والواقع أن هذه الحالات هي نفسها من النتائج الضارة للمخدرات .

فسوء الإستعمال يمثل إفراطاً في الأخذ لهذه المادة أو تلك بصورة متصلة أو دورية بمحض إختيار المتعاطي ، دون إرتباط بالإستعمال الطبي المطلوب

هناك علاقة خاصة تربط بين الطب النفسي بالإعلام المسموع والمرئي والمكتوب ، وهذه العلاقة لا بد من الإهتمام بها لخدمة الطب النفسي وخدمة الإعلام وبالمحصلة خدمة المواطن والوطن

والموصوف بواسطة الطبيب بهدف الشعور بالراحة أو بما يخيل للمتعاطي بأنه شعور بالراحة أو بدافع الفضول أو لإستشعار خبرة معينة ، وقد يكون التعاطي لمواد ليست طبية يبتاعها الشخص من المروجين في الشوارع والمقاهي

لابد إذن من التأكيد على مصطلح الإعتماد والذي أرتبط أساساً بالمخدرات ويمكن تقسيمه إلى إعتماد نفسي وآخر جسدي ، يمثل الأول الحالة الناتجة من تعاطي المادة والتي تسبب الشعور بالإرتياح والإشباع وتولد الدافع النفسي لتناول العقار بصورة متصلة أو دورية لتخفيف اللذة أو لتجنب الشعور بالقلق ، و الإعتماد الجسمي وهو الأخطر والأشد بلاءاً وكرباً حيث يتكيف الجسم ويتعود على المادة المخدرة بحيث تظهر على المتعاطي إضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند إمتناعه عن تناول العقار المخدر فجأةً .

إن المرض النفسي بإنتشاره الذي يزيد عن خُمس السكان ، لا زال غامض على الناس ، تشوبه الكثير من المفاهيم الخاطئة ويصعب على المواطن العادي فهمه ، وللأعلام دور أساسي في هذه التوعية

والمشكلة الكبيرة أن المدمن على المخدرات يطور وضعاً تحملياً للعلاج نتيجة لتدني التجاوب الجسمي المطلوب مع تكرار إعطاء الجرعات ، لذلك فهو مضطر أساساً إلى زيادة الجرعة للإبقاء على الأثر الفسيولوجي و المسلكي الذي إعتاد عليه من الجرعة السابقة .

وعلى ذلك فإن التوقف المطلق أو النسبي عن أخذ العقار سيقود بشكل حتمي إلى متلازمة الأعراض الإنسحابيه وتأخذ أشكالاً مختلفة وبدرجات متفاوتة من الشدة وترتبط بنوع المادة و الجرعة المستعملة والكمية القصوى لها .

ولسنا بصدد التفصيل للمواد المخدرة وآثارها المتخصصة ولكننا نستطيع القول أن المخدرات تصنف وفقاً لمادتها ، ويمكن الحديث عن خمسة أصناف رئيسية :

المنبهات ، المفترات للحيوية والنشاط ، المهلوسات ، المسكنات ، والقنابيات .

ولكل صنف تأثيره المختلف على كيفية عمل الناس وشعورهم وتفكيرهم فالمنبهات تسَّرع وظائف الجسم وحركاته ، بينما تؤدي المفترات إلى إبطاء ذلك .وتسبب المهلوسات تغيراً في الإدراك فيرى المهلوس ويسمع ويشعر بأشياء غير موجودة .

المسكنات تخفف الألم وتسبب النوم ، أما الحشيش وسائر أنواع القنابيات فلا يمكن تصنيفها ضمن إياً من الفئات أعلاه لأنها تستطيع وفقاً لظروف مختلفة أن تسبب النشاط أو الفتور أو التسكين أو الهلوسة .

وبالرغم من إختلاف أثر تلك المواد على الإنسان من الناحية الجسمية والعقلية والنفسية ومدى إدمانيتها وشدة أثرها ، إلا أنه يجمع على أثرها السلبي في كل مناجي ويمكن إيجازه في ما يلي :

1. إصابة الدماغ بتلف نتيجة الإستعمال طويل المدى ، لهذه المواد بصورة سيئة أو إعتمادية أو إدمانية وينتهي بحالة خرف مبكر أو ضمور شامل للقشرة الدماغية أو أجزاء مخصصة منها .
2. الإختلاطات الناجمة عن الإنسمام بهذه المواد ومن ذلك :
   أ- الموت نتيجة لجرعة مفرطة .
   ب- حوادث السيارات والمركبات إثناء الثمالة أو التعاطي بهذه المواد ونتائج هذه الحوادث الخطيرة على الفرد وغيره .
3. التدهور في مقومات الصحة الجسمية (نتيجة الإهمال بالصحة العامة ، والآفات الجسمية العضوية الناجمة عن سمية المواد المتناولة حيث تخلط المواد المخدرة بخليط غير متجانس من أجل الربح التجاري ، نقص التغذية ، وتفاقم الحالات المرضية القائمة بفعل هذه المواد).
4. التأثير السلبي على الوضع الوظيفي و الإجتماعي والنفسي للفرد .
5. التأثير السلبي على الواقع الإقتصادي للفرد .
6. التأثير السلبي على الحياة الزوجية والعائلية .
7. التأثيرات المرضية الناجمة عن تناول المواد بالزرق الوريدي خاصة بصورة جماعية والتي تستعمل فيها إبر ملوثة ، وهناك العديد من الأمراض التي يمكن أن تنتقل عن هذه الطريقة : إلتهاب الكبد ، القزاز ، الملاريا ، فيروس مرض الإيدز ، تسمم الدم ، و إلتهاب الأوعية الدموية ، ولبعضها أن تحدث آفات أخرى كثقب حاجز الأنف في مستنشقي الكوكايين ، أو إحداث خلل في أنظمة دقات القلب أو جلطات القلب أو توقف التنفس

على مدى العقود الماضية ظهر الطب النفسي في وسائل الإعلام ، على أنه طب يعنى بالجنون ولا يقوم على أسس علمية ، وأعطيت صور غريبة للمرض والمريض ، ساهمت سلباً في موقف الناس ونظرتهم من هذا العلم

3. المساهمة الفعالة في تسبيب الأمراض السرطانية أو تفاقمها ، كما هو الحال في المتعاطين للتدخين بكثرة ولمدة زمنية طويلة .
4. المحاولات الإنتحارية .
5. الجنوح والإجرام ، أما أثناء التناول و الإنسمام لمادة ، أو بهدف الحصول على المال الذي يسهل الحصول عليه .
6. التأثيرات الضارة على الأجنة لأمهات يتعاطين المواد المؤثرة بما في ذلك خمول المواليد وتأخر نموهم والإصابة بالتخلف العقلي وأحياناً بتشوهات خلقية .
7. تسبيب الإضطرابات العقلية العضوية والوظيفية .
8. إحداث تغيرات قد تكون أساسية وبالغة في كيان الشخصية .
9. التأثير على الحياة الجنسية لمتعاطي هذه المواد وهو تأثير ينتهي دائماً بإحداث عطل في ناحية أو أخرى من الحياة الجنسية لكل من الذكر والأنثى .

وهذا غيضٌ من فيض آثار المخدرات على الفرد والمجتمع .

ونقول إذا كان زمننا الحاضر زمان التمرد على القديم والتمتع بالحرية ولو كانت ضالة زائفة فإنه من المؤسف حقاً أن يكون بين بعض هذا التمرد الإندفاع وراء المخدرات والإنكباب على إستعمالها ، مما يدعو للأسف الشديد أن يخدع بأوهام هذه المخدرات أولئك العالمين بشرورها وأثارها المريعة، ويدّعون أنهم إنما أرادوا تجربة المخدر على أنفسهم إنجرفوا إلى هاوية المخدر ويكررون إستعماله دون أن تمنعهم إرادة بل هم يندفعون وراء رغبة ملحة ، لأن المخدر يسلب الإرادة ويحُدث في الجسم إعتياداً يبلغ بصاحبة حد التسليم بأعز ما يملك من مال وشرف وعفة وفضيلة ومثل غالية في سبيل الحصول على المخدر المطلوب ، والذي لا تلبث متعته الزائفة المؤقتة أن تتحول إلى مرض عضال يطال المتعاطي ومجتمعه وأمته .

أن الأمور النفسية تدخل في الإعلام دائماً وقد يكون لهذا مردود إيجابي أو سلبي

قد يتم الخلط بين السلوك الإجرامي المنحرف والسلوك المرضي المنحرف . وفي هذا تجني على العلوم

35 – العبـــــــث بالعقـــــــل

لقد كرّم الله الإنسان بالعقل ورفعه درجات فوق باقي المخلوقات، هذا العقل الذي يشكّل في وظائفه وعمله معجزة المعجزات ، فمليارات الخلايا العصبية

تتشابك ضمن شبكة من الكوابل الكهربائية والوصلات والمشابك الكيماوية ، يحتار الإنسان في عظمة تركيبها ، و لك أن تتخيّل ضمن مليارات الخلايا أن للخلية الواحدة القدرة على الإتصال بما يصل أحياناً إلى عشرين ألف خلية، كل هذا يتم في الدماغ الذي هو مكمن العقل والنفس والشخصية والذكاء وكل الوظائف العليا للإنسان .

ولكن الإنسان ومنذ أن وجد على هذه الأرض عبث بعقله بشتى الوسائل والطرق ، تذوق النباتات والأعشاب و إكتشف أثارها المخدرة والمنومة والمنشطة ، وخمّر الفواكه وحصل على الكحول ثم قطره فإرتفعت نسبة الكحول، وصنّع مواد من بعض النباتات وطورّها و إنتقل من الأفيون إلى الهيروين ومن الكوكائين إلى الكراك.

في القرن العشرين ظهرت تركيبات كثيرة لمواد مختلفة أصبحت منتشرة في العالم ، هذا ناهيك عما يعتبره البعض جزءاً لا يتجزأ من الحياة اليومية وهو تدخين التبغ ، شرب القهوة والشاي ، ولا يخطر ببال الناس أن هذا عبثاً بالعقل، فالتبغ يحوي على ثمانية آلاف مادة سامة منها أربعمائة مادة فعّالة ، والنيكوتين بحد ذاته يدخل في المشابك العصبية ويعبث بها، وكذلك الكافيين الموجود في القهوة والشاي وبعض المشروبات الغازية ، ويكفي أن تعرف بأن فنجان القهوة أو كوب الشاي يحوي على مئة ملغرام من الكوكائين وأن خمسمائة ملغرام كافية لإحداث أعراض في الجسم، وأن ألف ملغرام كافية لإحداث أعراض تسمم، بما فيها العصبية والتوتر والأرق و إزدياد ضربات القلب و زيادة عصارات المعدة وإرتفاع ضغط الدم

العبث بالعقل يبدأ في سن مبكرة ، إشرب هذا الشاي حتى تصحو وتركز وعليك بكوب من الحليب حتى تنام، وهكذا تتطور الأمور ليبدأ المراهق بشم المواد الطيّارة والتي منها التنر وبعض أنواع الصمغ والبنزين، والتي قد تؤدي إلى الغيبوبة و الهلاوس ، ويقوم بها طلاب المدارس والحواري المزدحمة والأماكن الفقيرة عموماً، وقد تؤدي إلى الوفاة المفاجئة بتوقف القلب أو تلف الكبد والكلى ، يستثير الطفل ويصبح مراهق ويعرف عن الكحول ويجربه، ويدخن

العلاقة بين الصحفيين والخبراء النفسيين : إن هذه العلاقة يفترض فيها أن تكون تعاونية تكاملية

يقضي الإنسان ثلث حياته في النوم ، ويقضي ربع هذا النوم في الأحلام ، ويحدث هذا على فترات منتظمة تتكرر كل 90 دقيقة من النوم . ويشترك مع الإنسان في ظاهرة النوم الكثير من الحيوانات

إن التعريف الحديث للنوم يعتبر النوم حالة نشطة وليس خاملة ، وبأن النائم يتمتع أثناء نومه وفي بعض مراحله بدرجة من درجات الوعي

ويتناول بعض الحبوب المهدئة، ثم سيجارة حشيش ويتنقل من هذا إلى ذاك إلى شراب سعال ومسكن وإلى بعض الأنواع التي لا يعرف إسمها، والشباب يحمل شعار أنه لا بد أن يجرّب كل شيء حتى يقتنع بفائدته أو بعدم فائدته ، والرد على هؤلاء الشباب بأن التجربة ممتازة على كل صعيد ولكن بالتأكيد ليس على صعيد العبث بالعقل ، وبالتحديد المؤثرات العقلية والعقاقير الخطرة أو المخدرات ، هذه الآفة التي تعاني منها البشرية على مر العصور، وهناك ما يشير أن الفراعنة إستعملوا الحشيش في معابدهم وأن الأفيون موجود في كهوف في سويسرا وغيرها مما يثبت أن هذا العبث قديم جداً ، ولكن ما حدث في العصور الأخيرة من سرعة وسهولة الإتصالات والتنقل في الطائرات من قارة لأخرى في ساعات، والتطّور في التصنيع الكيماوي لمواد مختلفة أدى إلى حالة من الإنفجار الهائل في أنواع وأشكال المؤثرات العقلية والعقاقير الخطرة .

وها هي منظمة الصحة العالمية تصدر جداولها وتحذيراتها تباعاً والدول تسن القوانين في محاولة لوقف هذا الوباء الخطير من الإنتشار ، ومع الأسف الشديد نرى الضحايا يقعوا فريسة هذه المخدرات ، والأسطورة المعتادة لدى الناس أن تعاطي المخدرات هو هروب من الواقع ومعالجة لمعاناة معينة، وفي الحقيقة أن هذا شيء غير صحيح لأن كل المدمنين الذين نراهم يقولوا صراحة أنهم إستعملوا المخدرات أو الكحول للحصول على المتعة والفرفشة وقضاء وقت جميل، وبمعنى آخر تعظيم فكرة الإستمتاع، وبلا شك بأن التجارب المبكرة لكثير من الشباب تجعلهم أكثر ثقة بقدرتهم على العبث، إذ أن من يتناول بعض الكحول ويتوقف ثم يجرب الحشيش ولا يكرره، يبدأ في وقت من الأوقات بتجربة الهيروين، وهو السم الأبيض القاتل تلك المادة التي تؤخذ من نبات الخشخاش الذي يعطي الأفيونات المختلفة والذي يمكن الإدمان عليه خلال بضعة أيام، وإدمانه شديد وسعره مكلف وأضراره هائلة ، أما الكوكائين فنادراً ما يصل إلى منطقتنا في الشرق الأوسط والمنطقة العربية، تنتشر أيضاً المواد المنبهة بما يعرف الكبتاغون الذي هو من الإمفيتامينات والذي يستعمله الطلاب وسائقي الشاحنات للدراسة ومنع النوم ، وبالتأكيد يمنع النوم ولكنه أيضاً يمنع التركيز ويؤدي إلى الأوهام والشكوك والإضطرابات الزورية .

النوم حالة طبيعية ، يسهل عكسها ، وتتصف بالتكرار ، و بإنخفاض في الإستجابةإلى الإشارات الخارجية ويعتمد هذا التعريف على البينات الآتية من حركة الدماغ الكهربائية ومخطط حركة العينين ومخطط العضلات الكهربائي ، والتغيرات الفسيولوجية والمظاهر السلوكية والشعور

في كل نقاش يفتح في موضوع المخدرات، يتصدى فلان وعلان للقول ما هي الأرقام وما هي الإحصاءات، وبالتأكيد أنه لا توجد لدينا أرقام وإحصاءات لما هو غير ممنوع ، نحن لا نعرف إحصاءات أمراض كالسكري والضغط أو الإكتئاب، أو كم نسبة مرضى السحايا ، فكيف لنا أن نعطي أرقاماً وإحصاءات عن أعداد المتعاطين لمواد مختلفة ممنوعة في الأردن والدول العربية .

عندما نتحدث عن مكافحة المخدرات كثيراً ما يتبادر لذهن الناس الأمن العام وضباطه وأفراده وكفاءتهم في مطاردة المهربين، وإلقاء القبض عليهم وإصدار الحكم عليهم من قبل المحاكم، وهذا شيء صحيح إلا أنه لا يشكّل المكافحة بكل أوجهها ، فالمكافحة الأمنية لا علاقة لها بالتدخين والقهوة والشاي والكحول والمهدئات والمستحضرات الصيدلانية، ما لم تكن مدرجة على جداول المخدرات، وليس لها علاقة بالتنر والآغو وشم المواد الطيّارة ، وبالتالي فإن جهود المجتمع في كافة مؤسساته الرسمية والشعبية يجب أن تجتمع معاً للتصدي لمثل هذه الظاهرة ، وإني آرى أن جامعاتنا العربية مقصرة كثيراً في هذا المجال، ولا تزود طلابها بالمعرفة الكافية لتجنب الوقوع في براثن الإدمان وما له من عواقب وخيمة على مستقبل الشباب.

إن المؤشرات الدولية التي إتفق على أنها تدل على إرتفاع مشكلة الإدمان عديدة، ومن أهمها صغر عمر المتعاطين ، وتعاطي الإناث والوفيات من الجرعات الزائدة، والأمراض المصاحبة للتعاطي وخصوصاً تعاطي الهيروين وما ينتج عن مشاركة الجرعة و إنتقال متلازمة نقص المناعة المكتسبة(الإيدز) أو إلتهاب الكبد الوبائي ، وكذلك الجرائم المتعلقة بالإدمان والترويج و الإتجار ، وإذا راقبنا هذه المؤشرات في معظم الدول العربية نجد أنها مستوفاة، وبالتالي فإنه لا بد لنا أن نقرع ناقوس الخطر ونقول إن العبث في عقول الشباب له مصادره العديد، هناك عبث الفن وعبث الموضة وعبث التقليد ، فهل نضيف إليه بأيدينا عبثاً خطيراً في عقولنا؟ إنه سؤال محيّر وكل يوم أواجه به مدمن أو مدمنة أستغرب كيف للإنسان أن يرى كل هذا الأذى والدمار ويستمر؟ والإجابة قطعاً أن كل من أراهم قد أصبحوا مرضى وأصبحوا عبيداً لتلك المادة التي يتعاطوها، أما الشباب الذي لم يتورط بعد أو الذي يرغب في المغامرة فهو الذي من الممكن أن يأخذ بمبدأ "درهم وقاية خير من قنطار علاج".

عند الوصول لحالة النوم العقلية فهو يدخل المرحلة الأولى من النوم (Non-REM) والتي تتكون من أربع درجات متتالية، ومتزايدة في العمق

بعد الدرجة الرابعة ينتقل النائم إلى المرحلة الثانية من النوم والتي تسمى مرحلة حركة العينين السريعة والمترافقة Rapid Eye movement والتي يرمز لها REM ، وفيها تكون الحركة الدماغية مشابهة لليقظة

ولكن إذا وقعت الواقعة وسقط الشاب أو الفتاة في أي شكل من أشكال الإدمان، فعلى الأغلب يتردد هؤلاء في طلب المساعدة والإعلان عن مشكلتهم، مما يزيد من القضية تعقيداً يوماً بعد يوماً ، وفي القانون الأردني والكثير من القوانين العربية قد تمت إزالة الجريمة عن المدمن إذا تقدّم من تلقاء نفسه طالباً العلاج، أما إذا تم إلقاء القبض عليه وهو يتعاطى فإنه سوف يحاسب على ذلك وفق القوانين، والقانون الأردني يمنع منعاً باتاً أن يقوم الأطباء والمستشفيات بالإبلاغ عن أسماء المدمنين، وذلك حماية لهم وتشجيعاً لهم على أن يعالجوا، وبالتالي فمن وقع في أي شكل من أشكال الإدمان عليه أن يتوقف ويتخذ القرار الشجاع وسيجد الأيدي تمتد له للمساعدة ، أما من وصل للمساعدة فعليه أن يعلم أن القضية ليست بالسهولة التي يصورها له المروجون بل هي أعقد، وتحتاج لأهل الخبرة والإختصاص لحلها ، وبالتالي فعلى المدمن أن يخضع لبرنامج علاجي مقرر لحالته ويستمر به حتى نهايته، وذلك إن الكثير من المدمنين يحضر طالباً المساعدة ويضع شروطاً لهذه المساعدة ومواصفات، وبالتالي تفشل هذه المحاولة، أما أولئك الذين يستمروا في الخطة العلاجية وينتهوا من كابوس الإدمان ويعودوا لحياتهم الطبيعية، فإنهم بالتأكيد قد تعافوا ولكن يبقى لديهم نقطة ضعف ولا بد أن يكون هناك وسيلة لتجنب الوقوع في أي شكل آخر من الإدمان، كون هذا الإنسان قد ظهر أن لديه هذا الإستعداد ، وما يجعل الإنسان قوياً في عدم الوقوع في الإدمان مرة ثانية أو الوقوع في الإدمان أصلاً أن يكون متمتعاً بتوازن نفسي و إجتماعي ومتمسكاً بمبادئ دينية حكيمة، ويتعلم من تجارب الآخرين ويستعمل كل وسائل الإتصال لمعرفة ماذا يجري في الحياة، ولا يكون في غفلة من أمره يفاجأ بوقوعه في الكوارث دون أن يكون قد جهّز نفسه لها.

إن القصة المألوفة للمتعاطي أن يقول أنه في صغره شم بعض المواد و إستعمل بعض الحبوب وشرب بعض الكحول وبدأ التدخين على سن العاشرة ثم إلتزم في شرب الكحول في السادسة عشرة، وكانت أول سيجارة حشيش في السنة الأولى من الجامعة ، تطّورت في السنة الثالثة إلى أن تكون يومية مما آخر دراسته لسنة أو إثنتين ، وبعد أن تخرّج وعمل وأصبح يملك مالاً أكثر بدأ

النوم يخدم وظائف أساسية منها إستعادة الإنسان أو الحيوان لنشاطه وللمقومات التي يقوم عليها هذا النشاط وهو بذلك حالة ضرورية لا غنى عنها

بإستعمال الهيروين، بداية بأن يشم كمية قليلة بما لا يزيد عن غرام واحد في الأسبوع، ثم إزدادت الكمية ووصلت إلى غرام يومياً ،وبعد ذلك أنتقل من الشم إلى التعاطي بالوريد، ووصل إلى ثلاثة غرامات يومياً وهذا يعني أرقام مذهلة من المبالغ التي دفعها، فلا يقل غرام الهيروين عن الثلاثين ديناراً وقد يصل إلى المئة وخمسين ديناراً ، وعندما يصل المدمن إلى الهيروين لا يكترث إلى باقي المواد لأنها تصبح بدون فعالية، لكنه يحتفظ ببعض المهدئات والكحول للطوارئ خوفاً أن تنقطع عنه إمدادات الهيروين لسبب أو آخر، هذه القصة النمطية مؤسفة حقاً ولكنها متكررة، وفي كثير من الأحيان عند الحديث مع هؤلاء الأشخاص تجد أنه قد دمّر سمعته ومهنته وخسر زوجته وماله وتخلّت عنه أسرته ، فماذا بقي له في هذه الحياة ليعمل من أجله؟ لقد ضاع الأمل وبالتالي لم يعد هناك عزيمة ورغبة حقيقية في التوقف، وقد يكون التفكير في هذه المرحلة منصب في التحوّل من التعاطي للترويج والتجارة بهذه المواد الخطرة كونها تدّر أرباحاً وتوفر المادة المطلوبة المرغوبة.

النوم غير الحالم يقوم بمهمة إستعادة النشاط الجسمي، وهناك من الدلائل ما يفيد أن الخلايا الجسدية تقوم خلال هذا الجزء من النوم بصنع الجزيئات الروتينية الكبيرة أو (RNA) وهذا في معظمة يحدث في الدماغ

أما القصة اليومية التي نسمعها في كل مكان وهي في إطار العبث بالعقل ، الشاب الذي يدخن ستين سيجارة في اليوم ويشرب ثلاثين فنجان قهوة وهو كثير العصبية والإنفعال ويعاني من صداع وحموضة ، ويريد منوم لأنه غير قادر على النوم، وعند سؤاله عن إمكانية إيقاف التدخين والقهوة والشاي يضحك ساخراً وكأن شرب الشاي والقهوة والتدخين أمور أساسية غير قابلة للنقاش .

النوم الحالم يخدم الوظائف العقلية والنفسية الدقيقة للإنسان

أما الكحوليين فمع الأسف الشديد يستمروا لعقود من الزمن وهم يدمّروا أجسادهم وعقولهم، خطوة وبهدوء وثبات إلى أن يصبح المشروب هو محور حياتهم ، ومع ذلك يرفضوا المساعدة ويصرّوا على أنهم غير مدمنين وأنهم قادرين على التوقف في أي لحظة ، هذا الإنكار المزعج يعني في كثير من الأحيان أن هذا الكحولي سيشرب حتى قبره.

ومن القصص الشائعة السيدة التي تعاني من بعض المشاكل العائلية وتبدأ بتعاطي المهدئات، بدايةً ربع حبة فنصف فحبتين فخمسة فعشرة فعلبة ، وقد يصل البعض إلى تعاطي عشرين أو ثلاثين حبة كل بضعة ساعات، يقوم بشرائها بطرق

كثيرة منها ما هو ملتوي ومنها ما هو بالسوق السوداء ، وقد يستغرب البعض أن الإدمان على المهدئات لا يقل خطورة عن إدمان الهيروين والكحول ، وإن عادة حمل المهدئ في حقيبة اليد من العادات التي لا بد من التخلص منها، فهي بالأغلب تأخذ من هذه المواد وتوزع على من حولها بسخاء .

ومن الغريب في أمر المدمنين أنهم كرماء في الإدمان فقط ، وقد ترى مدمن الكحول ينفق كل ما في جيبه على الكحول ولا يبقى في جيبه شيء للطعام ، و كذلك قد يدعو الآخرين للتعاطي معه على حسابه، فالمدمن يسعى للتعامل مع آخرين مثله، حتى لا يشعر بالغربة، أو أن يطبّع ما هو غير طبيعي، ومع الأسف الشديد هذه الجلسات التي تجمع هؤلاء الأشخاص، والتي يحلو للناس أن يقولوا عنها رفاق السوء يصعب تحديد من هو رفيق السوء من بينهم، فكل منهم يتهم الآخرين بأنهم رفاق السوء ، أما هو فهو رفيق الخير والبركة !! عجباً كيف يستطيع الإنسان أن يخدع نفسه ليس للحظة أو لساعة بل لسنوات ، وعجباً كيف يستطيع المدمن أن يخدع من حوله وأقرب الناس إليه .

إن الحديث عن التنمية والتطور من النواحي الثقافية والإقتصادية والعلمية لا يمكن أن يكون سوياً في غياب التعامل مع المشاكل الواقعية التي تعيق أي خطط للتنمية ، فهناك دول في العالم الآن تضع خطط تنمية خمسيه أو ثلاثية، وعند النظر إليها تستغرب أن ما يتم إنفاقه على المخدرات سنوياً في هذه الدولة يعادل ما خصص للخطة الخمسيه للتنمية.

قد يجد البعض أن ما يكتب ويقال عن المخدرات ليس كثيراً وهذا صحيح، فهذه منطقة وعرة وخطرة فيها الكثير من المشاكل والعلاقات الغير مفهومة بين المخدرات والإرهاب وتجارة الأسلحة وما إلى ذلك ، ولا بد لنا أن نأخذ الأمور بجديتها لنحاول أن نعرف ما يدور في هذا العالم وكيف يمكن أن يكون تجار المخدرات في العالم والتي تقدر تجارتهم بخمسمائة ألف مليار دولار سنوياً ، ما هي السلطة التي معهم؟ وما هي التوجهات التي بجعبتهم؟ ولمصلحة من هم يروجون؟ هم بالتأكيد يسعون وراء المال، لكن ألا يمكن أن يكون هناك أهداف أخرى في تدمير عقول البشر؟ كل البشر أو جزء من البشر.

إنني أنادي كل المثقفين وكل الحريصين على مستقبل الأمة وشبابها أن يولوا هذا الأمر بعض العناية .

اننا نقضي عشر حياتنا نحلم، أي ما يساوي سبع سنوات لمن يصل سن السبعين ، ويصل عدد الأحلام لحوالي 150 ألف حلم في عمر الإنسان ، وينظر للأحلام على أنها وظيفة حيوية نفسية في الإنسان، معظم الأحلام تحدث في النوم الحالم ونسبة قليلة في النوم غير الحالم

36 – الأفيــــــون

نبذة تاريخية

عُرفَ الأفيون منذ آلاف السنين و في حضارات قديمة عديدة , منها السومرية و البابلية و الآشورية و الإغريقية , غير أنه يصعب تعيين المكان و الزمان الذي بدأ فيه التعرف على مستحضر الأفيون و تناوله , فهناك من يرجع ذلك إلى زمن السومريين في بلاد ما بين الرافدين , غير أن هناك بيانات تفيد بأن معرفة الأفيون قد سبقت ذلك بعشرات الآلاف من السنين , و ذلك من تفحص آثار الإنسان القديم في بعض الكهوف في جبال سويسرا , و هي الآثار التي تعود إلى أكثر من ثلاثين ألف عام , هذا و قد لا تكون هذه الآثار دلالة على إبتداء هذه المعرفة في ذلك المكان أو غيره , إذ أن البداية قد تكون في زمن سابق و مكان آخر من تاريخ الحياة الإنسانية .

لقد وردت أول الإشارات التاريخية إلى زهرة الخشخاش و خلاصتها من الأفيون , في النصوص السومرية قبل خمسة آلاف عام , وتردد ذكرها في النصوص الآشورية , حيث ظهر الأفيون ضمن قوائم العلاجات ذات الأصول النباتية , و من أهم استعمالاتها في ذلك الزمن هو لغرض تسكين الآلام , هذا و لا يمكن الآن معرفة في أي الأغراض أستعمل الأفيون أولاً.

على أي حال فإن البيانات التاريخية لم تدل على إستعمال الأفيون لأغراض غير طبية إلا بالعصر الحديث .

قال هومروس الشاعر الإغريقي حوالي تسعمائة سنة قبل الميلاد : أن الأفيون قد أنتشر في اليونان في ذلك الوقت ، أما أبقراط فقد أستعمل الأفيون أربعمائة سنة قبل الميلاد ، كما أشاد به الطبيب جالينوس ، وينسب إلى الأطباء العرب بأنهم أول من أستعمل عصارة الخشخاش لعلاج حالات الإسهال ، وبأنهم أول من نقلوا هذه النبتة إلى بلدان الشرق الأقصى ، والمعروف أن نبتة الخشخاش قد دخلت الصين في القرن السابع بعد الميلاد ، واليابان في القرن الخامس عشر ، وفي 1680 كتب الطبيب الإنجليزي المشهور توماس سيدنهام عن الأفيون بقوله : أن من الأدوية التي وهبها الخالق العظيم لرفع معاناته ، فما من أحد منها هو أكثر إنتشاراً وأكثر فعالية من الأفيون ".

تظهر الأحلام في معظم الحالات على أشكال وصور غامضة وغير مألوفة ومبهمة وعشوائية، مما يصعب مطابقتها مع التجارب والصور المألوفة في الحياة، وقد يكون هذا نتيجة حتمية للنشاطات العصبية المختلفة والمتعددة والتي تحدث في آن واحد

ومن الأقطار التي أنتشر فيها الأفيون هي أمريكا ، والمعروف هو أن إستعمالات الأفيون وجدت هناك منذ القرن السادس عشر ، غير أن المعتقد هو أن الصينيون هم الذين أدخلوا عادة تدخين الأفيون إلى أمريكا عن طريق عمالتهم في أمريكا ، إبان فترة التهافت على الذهب في غرب أمريكا في القرن الماضي ، ولعل من أبرز معالم تاريخ الأفيون ، هو أن حربين قد قامتا بسبب تجارة الأفيون ، وكلاهما شنتهما دول غربية لغرض فرض حرية إدخال الأفيون والمتاجرة به في الصين ، الأولى بين بريطانيا والصين عام (1839-1842) ، والثانية بين بريطانيا وفرنسا من جانب والصين من جانب آخر وذلك بين عامي (1859-1860) ، وقد إنتهت الحربان بإجبار الصين على قبول فرض حرية إدخال الأفيون إلى الصين ، وكان من نتائج ذلك التزايد العظيم في عدد الذين راحوا يسيئون إستعمال الأفيون لأغراض غير طبية ، وقد قدر عددهم في الصين في عام 1906 بما يزيد عن 95 مليون مدخن للأفيون .

ومن الجدير ذكره أن الطبيب الإنجليزي " جون جونس " ، هو أول من لاحظ عام 1700 بأن توقف المتعود عن إستعمال الأفيون بصورة مفاجئة ، له أن يحدث في المتناول أعراضاً مزعجه ، ولعله من المستغرب أن تكون هذه الملاحظة هي أول ما ذكر عن الإدمان وأعراض التوقف عبر التاريخ الطويل و الإستعمال الواسع للأفيون .

لقد ظل الأفيون الخام هو المادة المستعملة لأغراض علاجية طبية ، ولأغراض غير طبية وذلك حتى عام 1803 عندما أصبح من الممكن عزل و إستخلاص مادة المورفين من مستحضر الأفيون وذلك في جهد مساعد صيدلاني ألماني شاب ، كان ذلك بداية لعزل و إستخلاص مركبات أفيونية ، بصورة صناعية كلية وبدون إستعمال إي من المواد أو من المركبات الأفيونية الطبيعية أو المركبة جزئياً .

الأفيون ومستحضراته

الأفيون هو المادة العصارية المستخلصة من زهرة الخشخاش ، والمعروفة بإسم زهرة الخشخاش الأسيوية ، و إسمها العلمي " Papavarum

تأتي بعض وقائع الحلم ممثلة لأكثر من تجربة وبأبعاد زمنية مختلفة وبوقائع مختلفة، مما يدلك على أن أكثر من دورة من التنشيط والإثارة تحدث في آن واحد وتتلاقى وتصب في معين واحد

إن أكثر من نصف الناس لا يتذكرون بأنهم يحلمون ، ولا يتذكرون شيئاً من أحلامهم . وكثير من الناس يتذكرون فقط الحلم الأخير قبل اليقظة

"somniferrum" ، ويتم الحصول على هذه العصارة بشق أعلى هذه الزهرة وهو الرأس الحاوي للبذور وبعد جمع العصارة تترك لمدة أربع وعشرين ساعة لكي تجف وبعدها تجمع ، وحصيلة ذلك هو الأفيون الخام ، الذي يحتوي على عدد من المركبات الأفيونية والتي يبلغ عددها العشرون مركباً ، وأهمها كل من مركب المورفين والكوديين ، وهناك مواد أفيونية أخرى منها ما هو مصنع من المستحضرات الطبيعية السابقة الذكر وخاصة من المورفين والكوديين ومنها ما هو مصنع كيماويا ً بصورة كاملة لأنها لا تحتوي على أي مادة أفيونية طبيعية . ويعتبر الهيروين من أهم المشتقات المصنعة من الأفيون .

وقد تم تحضير الهيروين من المورفين لأول مرة عام 1875 ويعرف الهيروين بالإسم الكيماوي (داي أسيتايل مورفين) ، وقد دخل الهيروين مجال الإستعمال الطبي لعام 1898 وذلك لعلاج حالات السعال الشديدة ، كما أستعمل لفترة من الزمن كبديل للمورفين في محاولة لإيقاف الإدمان على المورفين ، غير أنه سرعان ما تبين بأن الهيروين يماثل في فعله الإدماني فعل المورفين ، بل يزيد عن ذلك ، ولهذا السبب تخلى الأطباء عنه لهذا الغرض .

على الأغلب فإننا لا نتذكر أكثر من عشرة بالمائة من مجموع الأحلام، وحتى الجزء الذي نذكره قد لا يكون كاملاً، أو قد تضيف إلية بدون وعي بعض التفاصيل حتى يصبح مفهوم.

خصائص الهيروين

الهيروين مادة أفيونية تحضر من مركب المورفين ، غير أنه أشد فعّالية من المورفين بحوالي أربعة إلى ثماني أضعاف وله فعل تسكيني للألم يساوي عشرة أضعاف ما للمورفين من هذا الفعل ، وللهيروين خاصية عبور حاجز الدم الدماغي بصورة أسرع من المورفين ، مما يؤدي إلى شعور الفرد بمظاهر فعله بسرعة تفوق سرعة الشعور بمظاهر هذا الفعل ، مقارنة بالمورفين ، وهذا مما يسارع بحدوث الإدمان على الهيروين .

مما يساعد على تذكر الأحلام محاولة إسترجاعها فور النهوض. ومن الجدير توضيحه أنه سواء تذكرنا الحلم أم لا فإنه يقوم بوظائفه المطلوبة

ينتشر الهيروين في جميع أنحاء الجسم بعد تناوله ، غير أن فعله الأساسي يقع على الجهاز العصبي المركزي ، ويتمثل فعل الهيروين بناحيتين الأولى : التخفيف من الألم وإزالته ، والثانية : إحداث شعور النشوة. ونظراً لكثرة أعراضه الجانبية فإنه لا يستعمل إطلاقاً للأغراض الطبية ، وينحصر إستعماله فقط في مجال سوء الإستعمال ، والتصنيع و الإتجار غير المشروع . ويقوم الكبد بحرق الهيروين بصورة كاملة ، خلال خمس ساعات من تناوله .

فعل الهيروين

إن فعل الهيروين على المتعاطي يعتمد على أمور عدية منها شخصية الفرد ، ووضعه النفسي ، وتوقعاته من الإستعمال ، والظروف التي يتم فيها التعاطي ، وأسلوب التعاطي ومقاديره ، والدرجة التي وصل فيها المتعاطي في سلم الإستعمال ، هل هو مبتدئ أم مدمن ؟.

وعند التعاطي ولمدة خمسة عشر دقيقة يشعر المتعاطي باللذة الغامرة للجسم ، ويلي هذا فترة من النشوة قد تستغرق خمس ساعات ، يكون فيها إرتفاع الثقة بالنفس والهدوء ، ويقل فيها الألم والشعور بالجوع والعطش والرغبة الجنسية ، ويميل المتعاطي للخمول و الإنزواء والنعاس و الإرتخاء ، ويلاحظ تضيق حدقات العين ، والزيادة في التوتر العضلي وهبوط في حركة الجهاز الهضمي مما يؤدي إلى الإمساك ، كما تتوقف حركة العين السريعة أثناء النوم ، أما إذا أستعمل الهيروين بجرعات كبيرة فإن تثبيطه للجهاز العصبي قد يكون خطيراً وقاتلاً ، والسبب هو التأثير على مراكز التنفس وهو ما يؤدي للوفاة ، وأما مع إستمرار التعاطي والإدمان فإن المدمن يفقد قدرته الجنسية ، ويصاب بالوهن والضعف والإعياء .

طرق تناول الهيروين

يتوفر الهيروين عادةً بتداوله على صورة مسحوق أبيض على الغالب ، غير أنه قد يتفاوت في اللون ، تبعاً لصفاء صنعه وللمواد التي يخلط معها من ناحية أخرى ، ومنها السكر والكينا والنشاء وبعض المهدئات ، وقد لا يتجاوز الهيروين فيما يباع بالأسواق السوداء نسبة 6-8% ، وبعض العينات قد تحتوي على مواد خطرة مثل أدوية الصرع ، وأدوية السكري والتي قد يكون لها أخطار أكثر من الهيروين لوحده . ويتم التعاطي إما عن طريق الفم وتحت اللسان والتدخين و الإستنشاق ، والحقن تحت الجلد وفي العضل وفي الوريد .

التعاطي والتعود و الإعتماد

عادةً ما يبدأ التعاطي في حفلة ومع رفاق في جو إجتماعي مرح ، ويشعر المتعاطي باللذة والنشوة والراحة فيعاود الإستعمال ، ومن المؤسف أنه بعد

تدل الدراسات أن أحلام الموهوبين أكثر إبتكاراً وتشعر بثقة من غير المبدعين، وكما أن أحلام الموهوبين تأتي على صور أفكار غير إعتيادية وغير ممكنة وعشوائية مكثفة

تحقق الأحلام الرغبات وتنفس عن التوترات وتحرس النوم من الإزعاجات، وتساعد أحياناً في حل الصراعات النفسية والمشاكل العملية، وقد تكون عملية تفكير وتخطيط للأمام، وتعطي الإنسان قدرة أكبر على التعلم والتكيف

تكرار الإستعمال لبضعة أيام ، يبدأ المتعاطي بالشعور بأعراض التوتر العصبي و الإنزعاج والرغبة الشديدة في جرعات أخرى ، مما يدفعه للحرص الشديد على توفير الجرعات لشكل دائم لتجنب الأعراض الإنسحابيه المزعجة ، وقد يكون المتعاطي يتناول الهيروين على إنفراد وهذا نادر ، وعلى الأغلب فأنه يكون ضمن مجموعة من الأصدقاء لها طقوسها وعاداتها وعلاقاتها ، وأماكن تواجدها ، ومع إستمرار التعاطي فإن الجرعة المعتادة تتوقف عن إعطاء الشعور بالنشوة واللذة والراحة ، كما أنها تفشل في إزالة الأعراض الإنسحابيه ، وهذا يدفع المتعاطي إلى زيادة الجرعة بصورة مضطردة للحصول على نفس التأثيرات ومنع الأعراض الإنسحابيه ، وهذا يؤدي بالمتناول إلى حالة التحمل لجرعات كبيرة ومتزايدة .

تمثل الأحلام الصور النفسية للنشاط العصبي خلال النوم الحالم، وقد تكون وسيلة للتخلص من النفايات الفكرية، وتصفية الذاكرة وتنظيم السلوك الغريزي

أعراض الإمتناع عن الهيروين

تختلف هذه الأعراض في الشدة بين متعاطي وآخر ، كما تعتمد على الجرعات التي أعتاد عليها الفرد ومدة التعاطي وأسلوب الإستعمال ، وفي الحالات الخفيفة من التعاطي هناك شعور بالتوتر و الإنزعاج وعدم الإرتياح عند فقدان الهيروين ، أما في التعاطي بمقادير كبيرة فإن الأعراض إنسحابية تشتمل على القلق والتثاؤب وسيلان الأنف ، وتوسع حدقات العين و التعرق ، والإسهال والقيء والوهج الحار والبارد في الجسم ، وزيادة التنفس وسرعة ضربات القلب ، والتقلصات وآلام مبرحة في كافة أنحاء الجسم .

تبدأ أعراض الإنسحاب غالباً بعد 5-6 ساعات من الجرعة الأخيرة ، وتزداد تدريجياً لتصل أوجها بعد ثلاثين إلى أربعين ساعة ، وتتواصل لمدة تصل إلى خمسة أيام ، وقد تزيد عن ذلك خصوصاً إذا كان الهيروين مخلوط بمواد أخرى لها أعراض إنسحابية أيضاً كالمهدئات ومضادات الصرع .

في طليعة من تطرق للأمور النفسية من أطباء العرب الشيخ الرئيس على بن سينا، فقد كتب (285) كتاباً منها (23) كتاباً في المواضيع النفسية

أخطار تعاطي الهيروين

يعتبر الهيروين من أخطر المخدرات ، وأسرعها إحداثاً للإدمان ، وأكثرها سرعةً في الإنتشار ، ويمكن إيجاز أخطار الهيروين بما يلي :

1. خطر التسمم : ويحدث عند سوء تقدير الجرعة أو تغير مصدرها وتركيزها ، أو العودة للجرعة كان قد أعتاد عليها المدمن بعد فترة إنقطاع ، وفقد قدرته على تحملها مما يؤدي إلى توقف التنفس والوفاة .
2. خطر التسمم بالمواد المضافة للهيروين : وقد سجلت حالات وفات نتيجة هبوط السكر أو الضغط ، أو الدخول في غيبوبة ، أو حدوث تغيرات فسيولوجية خطيرة في الدم تؤدي للوفاة .
3. الإلتهابات الناتجة عن تلوث المستحضر نفسه أو الإبر المستعملة : مما يؤدي إلى إنتشار إلتهاب الكبد الوبائي والإيدز ، كما يمكن حدوث تسمم بكتيري إذا كانت المادة التي حقنت في الدم ملوثة .
4. نقص المناعة البسيط الناتج عن الضعف والإعياء العام ، أو النوع الشديد الناتج عن مرض الإيدز .
5. التغيرات الخطيرة في شخصية المدمن : إذ تتدهور القيم والأخلاق والثقة بالنفس ، و يهمل في واجباته وعمله وغالباً ما يصبح عبئاً على الأسرة وغير منتج .
6. النقص في مقدرة الفرد الجسمية والجنسية والفكرية .
7. الإتجاه نحو الجريمة : للحصول على المال لضمان توفير الهيروين ، أو اللجوء للترويج في الحصول على الجرعة مجاناً .
8. الإنتحار : يرتفع معدل الإنتحار لدى المدمنين ، وذلك عندما تضيق فيهم السبل ويشعروا بالندم على ما وصلوا إليه من دمار وهلاك بسبب هذا السلوك .
9. الأخطار الجسدية على الصحة العامة : الناتجة عن سوء التغذية وعدم الإكتراث إلا لمتطلبات الهيروين دون الغذاء أو المتطلبات المختلفة للفرد .
10. تأثير إنتشار تعاطي الهيروين : إن تأثر تعاطي الهيروين لا ينحصر بالفرد نفسيه بل يتعداه ويؤثر على الأسرة بكاملها ، وعندما يرتفع الإستعمال في المجتمع فإن هناك تأثيراً على أمن المجتمع و إقتصاده وأمن الدولة كاملة .

الطب النفسي لم يكن دخيلاً ولا مستورداً على حضارتنا، بل نحن نفاخر العالم بأن أطباء العرب والمسلمين كانوا أوائل من وضعوا النقاط على الحروف في هذا العلم وقبل ألف عام

مصير المدمنين على الهيروين

أولاً : في دراسة عن مصير متعاطي الهيروين في أمريكا ، تمت متابعة المدمنين لمدة عشرين عام ، بعد أول إدخال لهم للمستشفى ، وذلك لكونهم تحت تأثير جرعة زائدة من الهيروين ، وتوصلت الدراسة على مائة مدمن إلى ما يلي :

- أن ربع المدمنين قد دخلوا السجن ، وأنهم قد عادوا لتناول الهيروين بعد إطلاق سراحهم .
- وأن 57% من المدمنين قد توفوا قبل أوانهم ، ولأسباب تناول الجرعات المفرطة ، الإلتهابات المرتبطة بالإدمان ، تعاطي الكحول ، والإنتحار أو القتل ، والحوادث وغيرهم .

ثانياً : في دراسة قام بها ثوغلي تبين أن 3% من المتعاطين يتوفون في كل عام من سنوات الإدمان بسبب يتعلق بالمادة المدمن عليها ، وبأن 10% منهم يتوفون بعد مرور خمس سنوات على الإدمان ، و40% بعد مرور عشر سنوات .

ثالثاً : في دراسة قام بها ستمبسون على عينة من المدمنين في إنجلترا بلغ عددهم 128 مدمن ، أفاد بأن 36% قد توقفوا كلياً عن التعاطي خلال سبعة سنوات من بداية الإدمان ، ومن مجمل الملاحظات على مدمني الهيروين أن معظم حالات التوقف عن الإدمان تحدث خلال السنوات الخمسة الأولى من الإدمان ، كما لوحظ بأن الإتجاه نحو ترك التعاطي يكون واضح في منتصف الثلاثينات من العمر ، ومن الملاحظ أيضاً أن الذين يدمنون على تعاطي الهيروين في ظروف طارئة من الشدة ، بأنهم يتجهون إلى التخلي عن إدمانهم بزوال هذه الظروف وبتغيير نمط حياتهم ، ومثال ذلك الذين أدمنوا خلال حروب معينة .

تأثير الإدمان على السلوك

يمكن النظر في التأثيرات السلوكية من أربع إتجاهات :

1 – الفئة الأولى : والتي أطلق عليها فئة المستقرين والتي تصل إلى ثلث المدمنين ، هم أولئك الذين يستطيعون الإستمرار في العمل وتجنب غيرهم من المتعاطين وتكون مشاكلهم الطبية والإجتماعية والإجرامية قليلة نسبياً .

جميع الأدوية خطرة على بعض الأفراد عند مستوى معين وفي ظل ظروف معينة ، وبعض الأدوية أكثر خطراً من أدوية أخرى وكذلك فإن بعض الأفراد أكثر حساسية للأدوية من غيرهم، ولذلك فإن استخدام الدواء أي دواء هو مخاطرة بحد ذاته ما لم يكن بإشراف طبي

2- الفئة الثانية : فئة المدمنين الذين يشكلوا 17% ويكونوا عاطلين عن العمل ومرتبطين بمجموعة الإدمان ، وترتفع بينهم نسبة الجريمة وخصوصاً الإتجار بالمخدرات .

3- الفئة الثالثة : وهي الفئة ذات العالمين ، وقد يصلوا إلى خمس المدمنين ، ويستطيع هؤلاء الإستمرار بالعمل والحياة مثل الفئة الأولى ، إلا أن لديهم ممارسات إجرامية و إنحرافية من جانب آخر .

4 - الفئة الرابعة : فئة الانفراديين ويصلوا إلى 29% ويتميزوا بقلة مخالطتهم مع غيرهم من المحيط الإدماني ، غير أن حياتهم تتسم بعدم الإستقرار ، و إنخفاض في سلوكهم الإجرامي .

معالجة الإدمان على الهيروين

إن الإدمان على الهيروين سلوك إختاره الفرد بإرادته ضمن ظروف ومعطيات معينة ، وحتى يخرج منه لا بد أن يتخذ القرار القطعي والحاسم بالإمتناع ، وأن يكون على يقين بأن الإقلاع أمر في غاية الخطورة والأهمية ، وهو مهمة طبية حساسة ، يقوم بها الطبيب النفسي المختص صاحب الخبرة وحسب القانون الأردني للمخدرات والمؤثرات العقلية لعام 1988 ، فإن من يتقدم للعلاج من الإدمان ، لأي مركز طبي لا يجوز الإبلاغ عنه للجهات الأمنية ، بل إن القانون قد أعتبر إفشاء سرية المدمن من قبل الأطباء والعاملين في المستشفيات جريمة يعاقب عليها بالسجن ستة شهور وبغرامة خمسمائة دينار ، وذلك حماية للمدمن من الخوف من عواقب وصوله للعلاج ، حتى أن المدمن الذي يتقدم للجهات الأمنية معترفاً بإدمانه طالباً العون ، فعلى الجهات الأمنية أن تساعده للوصول إلى العلاج ، وتسقط عنه تهمة التعاطي ويكتفي به شاهد .

وينقسم العلاج لمدمني الهيروين إلى مرحلتين :

الأولى : هي مرحلة الفطام والتي يتم فيها إيقاف الهيروين والتعامل مع أعراضه الإنسحابيه بوسائل علاجية مختلفة ، داخل مستشفى وتحت إشراف طبي ونفسي وتمريضي مكثف ، للخروج من الأعراض الإنسحابيه بأقل درجة من الألم والأضرار والمضاعفات ، وإجراء الفحوصات الطبية الكاملة لأي

سوء الاستعمال يمثل إفراطاً في الأخذ لهذه المادة أو تلك بصورة متصلة أو دورية بمحض اختيار المتعاطي، دون ارتباطبالاستعمال الطبي المطلوب والموصوف بواسطة الطبيب بهدف الشعور بالراحة أو بما يخيل للمتعاطي بأنه شعور بالراحة أو بدافع الفضول أو لاستشعار خبرة معينة

أثار أو إلتهابات حدثت نتيجة التعاطي . وتتراوح فترة الفطام من مريض لآخر ولكنها تتراوح على الأغلب بين أسبوعين إلى أربعة ، و يجدر الذكر هنا أن كثير من المدمنين يتعاطون أكثر من مادة في آن واحد ، مما يجعل التكهن في الأعراض الإنسحابيه صعباً وقد يتطلب أحياناً التخلص من الأعراض الإنسحابيه لكافة المواد المستعملة ، ما يزيد عن ستة أسابيع ، يكون الأسبوع الأول فيها متميزاً بالمظاهر الجسدية للإنسحاب ، وفي الأسبوع الثاني يكون هناك ميل شديد للإشتهاء والرغبة الملحة في التعاطي ، وغالباً ما يدخل المدمنين في حالة من القلق والإكتئاب النفسي بعد ذلك .

التوقف المطلق أو النسبي عن أخذ العقار سيقود بشكل حتمي إلى متلازمة الأعراض الإنسحابيه وتأخذ أشكالاً مختلفة وبدرجات متفاوتة من الشدة وترتبط بنوع المادة و الجرعة المستعملة والكمية القصوى لها

الثانية : وهي مرحلة التأهيل ، وتتفاوت هذه المرحلة من مدمن إلى آخر وحسب درجة الدمار التي أصاب شخصيته وحياته العملية والأسرية ، فقد يكون كافياً لبعض المدمنين أن يتابعوا العيادات الخارجية لعدة شهور بعد خروجهم من المستشفى بينما يحتاج البعض الآخر وخصوصاً الحالات الشديدة والطويلة من الإدمان إلى فترة من التأهيل داخل مركز متخصص يتراوح بين شهرين إلى ستة شهور ، وقد تصل في أحوال خاصة إلى سنة ، والخبرة المتراكمة لدى العاملين في هذا المجال ، تربط مصير المدمن وعلاجه في الدرجة الأولى بقراره وجديته واستعداده للتعاون ، ووجود وسائل الدعم الإجتماعي والنفسي في بيئته ، إضافة إلى ضرورة توكيل مهمة العلاج للفريق الطبي النفسي صاحب الخبرة في هذا المجال .

37 – الســـــم القاتـــــل (الهيرويــــــن)

يتم تصنيع الهيروين من العصارة المستخلصة من زهرة الخشخاش الآسيوية ، والتي تحوي على الأفيون والمورفين ، والهيروين أشد فعالية من المورفين ثمانية أضعاف ، ويستطيع الهيروين عبور حاجز الدم الدماغي بسرعة فائقة ، مما يؤدي إلى شعور المتعاطي بآثاره بشكل سريع ، بعد أن يدخل الجسم الهيروين يتوزع على كافة أنحاء الجسم ويتركز في الجهاز العصبي المركزي ، وله خاصية تخفيف الألم وإحداث شعور النشوة ، ولم يثبت إستعماله الطبي بعد أن تم تحضيره

في نهاية القرن التاسع عشر ، وإنتاج العالم السنوي يصل إلى ستة آلاف طن ، ومن أشهر مناطق إنتاجه أفغانستان ويهرب إلى سائر المعمورة .

يبدأ معظم المتعاطين بالشم وذلك بوضعه على سطح ناعم كالزجاج وشمه بالأنف ، أو حرقه على ورقة قصدير وشم أبخرته ، وغالباً ما ينتقل المتعاطي لاحقاً إلى الحقن الوريدي للحصول على أكثر فعالية ، وما أن يمر بضعة أيام على التعاطي حتى يصبح المتعاطي مدمناً ، بمعنى أنه لا يستطيع التوقف أو تأخير الجرعة إلا وتظهر الأعراض الانسحابيه بكل مساوئها من التهيج و الأرق والدموع واللعاب والقيء والمغص والإسهال والألام المبرحة والهياج الشديد فيصبح المدمن في حال رعب دائم من إنتهاء مفعول الجرعة التي بحوزته والتفكير مشغول بالجرعة التالية وكيفية الحصول عليها بشتى الوسائل والطرق وبأي كلفة مهما بلغت ، ويتطور التعاطي من نصف غرام في الأسبوع إلى عدة غرامات في اليوم بما يحمله هذا من كلفة قد تتعدى الألف دولار يومياً ، وبين رعب الأعراض الإنسحابيه ونقص المادة والخوف الدائم من إكتشاف الأسرة للتعاطي وترقب الجهات الأمنية والخوف من التوقيف والسجن ، يعيش مدمن الهيروين جحيم لا يحسد عليه فتتدهور صحته ، يشحب وجهه ويخسر من وزنه ، يصاب بالإمساك الشديد ، يهمل بواجباته الدراسية أو العملية أو المنزلية وبهمل بعلاقاته الإجتماعية ويحيط حياته بشيء من الكتمان والسرية ويتزايد صرفه وإنفاقه ، مما يضطره للسرقة و الإنحراف أو إلى ترويج الهيروين لمعارفه وأصدقائه بحيث يصبح قادر على تحصيل جرعته مجاناً ، قد يتمكن من جمع بعض الربح ، تمر الشهور والسنوات ويحاول المدمن بين الحين والآخر الإقلاع لكن المعاناة صعبة والأعراض شديدة مما يجعله يستأنف التعاطي .

التأثير على الحياة الجنسية لمتعاطي هذه المواد وهو تأثير ينتهي دائماً بإحداث عطل في ناحية أو أخرى من الحياة الجنسية لكل من الذكر والأنثى

لقد كرّم الله الإنسان بالعقل ورفعه درجات فوق باقي المخلوقات، هذا العقل الذي يشكّل في وظائفه وعمله معجزة المعجزات

يقنع المدمنون بعضهم البعض بأساليب غريبة للتخلص من الهيروين ، بتعاطي كميات كبيرة من المهدئات والكحول ، مما يؤدي أحياناً إلى الوفاة ، كما أن مدمني الهيروين لا يعلموا أن نسبة الهيروين فيما يشتروه قد لا تزيد عن 8% ، وأما الباقي فهي مواد مضافة وشوائب قد تحتوي على النشا ومضادات الصرع ومضادات السكري وعظام بشرية ، وأي مادة يمكن طحنها وتعطي نفس الملمس

الدماغ الذي هو مكمن العقل والنفس والشخصية والذكاء وكل الوظائف العليا للإنسان

لا بد لنا أن نقرع ناقوس الخطر ونقول إن العبث في عقول الشباب له مصادره العديد، هناك عبث الفن وعبث الموضة وعبث التقليد، فهل نضيف إليه بأيدينا عبثاً خطيراً في عقولنا؟

وتعطي وزناً وبالتالي فإن الأضرار التي تلحق بالمتعاطي من الهيروين معروفة أما من باقي المواد فهي في منتهى الصعوبة ، فلا أحد يعلم ما هي الشوائب في كل جرعة يأخذها المتعاطي ، فهناك من يصاب بنقص بالسكر أو بنوبات صرع مستمرة وحالات الوفيات المفاجئة ، كما أن تغيير المصدر والمروج قد يؤدي إلى تغيير النسبة فإذا كان الشخص معتاداً على هيروين بنسبة 4% وأنتقل فجأة إلى هيروين بنسبة 8% ، فهذا يعني أن الجرعة التي سيأخذها ستكون قاتله ويمكن أن يموت على الفور وذلك لتوقف مراكز الدماغ التنفسية ، كما أن الموت من الجرعة الزائدة يحدث عندما يتوقف المدمن بسبب السجن أو العلاج لفترة شهور ثم يعود لتعاطي نفس الكمية السابقة ، والتي يكون الجسم غير قادر على تحملها فتؤدي إلى الوفاة مباشرة ، وإن عدد الوفيات بالجرعة الزائدة هي أحد المؤشرات لأي بلد من البلدان على شدة ظاهرة التعاطي في تلك البلد ، و بإعتقادي أن مكافحة الهيروين يجب أن ينظر إليها نظرة الأمن الوطني والقومي ، وبالتالي فإن كافة أجهزة الدولة ومنظمات المجتمع المدني مسؤولة عن التصدي لمثل هذه الآفة اللعينة التي تفتك بالشباب ويرتفع عدد المدمنين يومياً في العالم العربي إلى أرقام مذهلة ، وأما الخلاص من هذه الآفة فيتطلب قراراً صريحاً صارماً واضحاً من المدمن بالإقلاع ثم الدخول لمركز متخصص ليقوم بعملية الفطام التي تتراوح بين ثلاثة أسابيع إلى ثلاثة شهور ، ثم فترة تأهيل قد تكون بضعة أسابيع وقد تمتد إلى ستة شهور أو سنة حسب شدة الحالة مدة التعاطي ومدى الدمار الذي لحق بالمدمن وأسرته وعمله ، وإذا كان السؤال المطروح هل من الممكن للمدمن أن يشفى ؟ والإجابة ببساطة أن المدمن هو الذي يقرر ذلك وليس الطب ، فالطب يقرر العلاج وأساليبه النفسية والإجتماعية والدوائية والمدمن يقرر سلوكه ونيته .

38- الحشيـــــــــــش

مصيبة كل العصور

القنابيات هو الإسم الذي يستعمل لتسمية مجموعة من المستحضرات من نبتة هندية الأصل تعرف بالقنب الهندي ، ونبتة القنب هي نبتة حولية وتنمو إلى

إرتفاع مترين ولها أوراق طويلة وضيقة ومسننة ، والمعتقد بأن النبتة قد ولدت أصلاً في أواسط آسيا وما زالت تنمو بصورة برية ، ومن هناك إنتشرت النبتة وزرعت في أقطار عديدة في الهند وباكستان وأفغانستان وتركيا ولبنان والمكسيك والمغرب واليمن وكولومبيا وغيرها من الدول ، وهناك أصناف عديدة من هذه النبتة تزيد عن الخمسين صنفاً وتنمو في ظروف مناخية مختلفة وهناك تفاضل بين صنف وآخر وبين صنف مماثل ينمو في مناخ مغاير ، كما أن هناك تفاضل بين نوعية وفعالية المستحضر من النبتة الواحدة تبعاً إذا كان مستخلصاً من ساقها أو أوراقها أو أزهارها وإذا ما كانت النبتة ذكراً أو أنثى ، ومعظم هذه المادة الفعّالة يتركز في الأوراق القريبة من الأزهار أو في الأزهار نفسها ويطلق على هذه المستحضرات أسماء مختلفة كالماريوانا وهو مستخلص من ساق وأوراق النبتة بعد تجفيفها ، وهناك مستحضرات تسمى الكيف في المغرب العربي والداجة في جنوب إفريقيا و البانغ في الهند ، وأسماء أخرى كالبهانغ في لغة الهنود الحمر ، والحصيلة الجيدة تسمى شاراس في الهند وهي تستحضر من الصمغ ذاته والذي يفرز من أوراق النبتة ، وحصية ذلك مادة لزجة يمكن تنشيفها وضغطها و إستعماله والتي تسمى في الشرق الأوسط بالحشيشة وأسماء أخرى في بلدان أخرى ، وتبلغ فعالية الحشيشة عشرة أضعاف فعالية مقدار مماثل من الماريوانا .

إن الفكرة السائدة بين الشباب في العالم العربي وفي مختلف بقاع الأرض ، أن الحشيشة مادة آمنة وبسيطة وليس لها سلبيات وآثار كما هو الحال في الهيروين وغيره ، ولكن هذا ليس صحيح فهي عادة ما تكون بداية الشباب إلى عالم الدمار والإدمان ، ومن المعروف أنها تغير عند الفرد القدرة على إحساس الوقت والألوان والصور والأصوات بحيث أن المتعاطي يصبح في عالمه الخاص ، لا يكترث لهموم ولا يرى المشاكل والأخطار ، ومع إستمرار الإستعمال يصبح لا مبالي إلى درجة كبيرة ، وهناك من يصاب بإضطرابات نفسية فورية عند إستعمال الحشيش مثل إضطراب الفزع أو القلق وحالة الذهان الحادة المشابهة للفصام ، ومن الواضح بالخبرة اليومية أن متعاطي الحشيش ينتقلوا تدريجياً

أن الإدمان على المهدئات لا يقل خطورة عن إدمان الهيروين والكحول ، وإن عادة حمل المهدئ في حقيبة اليد من العادات التي لا بد من التخلص منها، فهي بالأغلب تأخذ من هذه المواد وتوزع على من حولها بسخاء

المدمن يسعى للتعامل مع آخرين مثله، حتى لا يشعر بالغربة، أو أن يطبّع ما هو غير طبيعي

لإستعمال الهيروين و الكوكائين ، هذا إذا أفلتوا من يدي المروجين الذين يقوموا بغش الحشيش بمواد أفيونية لكون الأرباح التي تجنى من الهيروين والمواد الأفيونية أعلى بكثير من الحشيش ، فسعر الحشيش أقل نسبياً ، وقد لوحظ في السنوات الأخيرة أن هناك خلطات تحوي على عشرة من المواد المهلوسة والمخدرة تباع في الأسواق على أنها مادة الحشيش ، أدت إلى هلاك وتدمير العديد من المتعاطين ، مما يعطي المتعاطي بالحشيش الشعور بالإطمئنان الزائف أنه إذا تأخر عن الجرعة أو توقف ليوم لا يشعر بالأعراض الإنسحابيه الشديدة التي يشعر بها متعاطي الهيروين ، ولكنه سرعان ما يعود لتعاطيها بكميات كبيرة ، وقد لا يعرف معظم متعاطي الحشيش أن مادة الحشيش تحوي على أكثر من 40 مادة فعّالة تنتشر في الجسم وتخزن في دهونه ، ويبدأ خروجها من هذه الدهون تدريجياً إلى الدم وقد تجد هذه المواد في البول بعد عدة شهور من آخر تعاطي .

الهيروين مادة أفيونية تحضر من مركب المورفين، غير أنه أشد فعّالية من المورفين بحوالي أربعة إلى ثماني أضعاف وله فعل تسكيني للألم يساوي عشرة أضعاف ما للمورفين من هذا الفعل

يتعاطى الناس الحشيش عبر السجائر والتدخين والأرجيلة وأحياناً بوضعه مع الحلويات والمشروبات ، ولا شك بأن الخبرة في مختلف أنحاء العالم تدل على أن المتعاطين يبدأوا بتدخين السجائر ثم ينتقلوا إلى الكحول والحشيش ، ومنه إلى الكبتاغون و الكوكائين فالهيروين ، وكأن هناك ترتيب في الأولويات ، وبالتالي فإنه عندما يكون هناك عشر مدمني هيروين فهذا يعني أن هناك مئات من مدمني الحشيش ، وبين الحين والآخر يصدر في وسائل الإعلام حديث عن إستعمالات طبية للحشيش ، وهذا أمر يثير الجدل ، إذ أن المواد التي يمكن إستعمالها طبياً هي بعض المواد الموجودة في مادة الحشيش وبجرعات محددة ولأغراض محددة لم يثبت حتى هذه اللحظة أي فعالية أو ميزة لها ، إلا أن هذا الأمر يأخذ من قبل دعاة رفع الحظر عن الحشيش بأنه ليس بخطورة باقي المخدرات ، وفي نفس الوقت الذي تشاع به مثل هذه الأقاويل فإن الدراسات الجادة تشير يومياً بعد يوم إلى مخاطر أكثر لتعاطي الحشيش والى محاذير كبيرة لابد من الإنتباه لها ، ومن هنا أقول لكافة الحشاشين لا تستمروا في هذا الخط إنه متاهة وبداية الدمار فعليكم بالتوقف وأن هناك من يساعدكم .

39 – النشـــاط الخطـــر (الكبتاغـــون)

تنتشر ظاهرة تعاطي الكبتاغون في شبه الجزيرة العربية بصورة تثير الفزع، إذ أن الشباب يبدأوا بتعاطيه وهم تلاميذ على صفوف الدراسة بقصد السهر لساعات طويلة والمذاكرة أيام الإمتحانات ، كما يأخذه السائقون لمسافات طويلة حتى لا يناموا في الليل ويختصروا الزمن في قطع المسافات ، و الكبتاغون يحتوي على مادة الإمفيتامين وهي مادة منبهة للجهاز العصبي تمنع النوم وتمنع الشهية للطعام وتعطي شعور النشوة والقوة ، يتزايد تعاطي الأفراد لهذه المادة من حبة لاثنتين لأكثر حتى يصل البعض لحوالي ثلاثين حبة ، ولا يلقب دائماً بإسمه الأصلي فقد يطلق عليه النووي أو أبو هلاله وما إلى ذلك من أسماء حسب كل منطقة وحسب ما يرغب المتعاطون بتدليل هذا السم المنشطر الخطر ، إن ما يقوم به الإمفيتامين في الجهاز العصبي هو تفريغ الناقلات العصبية من الخلية إلى المشابك العصبية ، وهذا ما يحدث في الأمراض الذهانية ، فهو يحدث ذهاناً في العقل السليم وهذا الذهان يأخذ طابع الذهان الزوري والفصامي ، إذ يبدأ المتعاطي بسهر الليالي الطويلة وفقدان الوزن والنشاط و يتعاطى المسكرات أو المهدئات حتى يستطيع النوم ، وتظهر لديه شكوك بأن هناك من يتكلم عنه أو يستغيبه أو ينظر إليه نظرة سيئة ، وتتعاظم هذه الأفكار فيشعر أنه مطارد ومهدد من قبل الآخرين وهناك من يتربص له حتى يقتله ، وأن مؤامرة تحاك للإيقاع به وأنه مهدد من أطراف عديدة دون سبب واضح ، مما يدفعه لحمل السلاح ، وتظهر نوبات من العنف والغضب يدافع فيها عن نفسه من العدو المزعوم الموهوم ، تتعثر دراسته وعمله ويصحو طوال الليل وينام بالنهار وتتعثر حياته اليومية ، وتراه دائماً شاحباً متيقظاً خائفاً حذراً ، وإذا حاول ترك هذه الحبوب المدمرة فإنه يصاب بالكآبة والكسل الشديد ، مما يدفعه للتعاطي مرة أخرى ، و الإمفيتامين بشكل عام مادة مصنعة وله تسميات مختلفة في دول العالم ، فقد تم تحضيره بالأساس كدواء للمعالجة تبين أنه ذا أضرار كبيرة مما أدى إلى إلغاء تصنيعه ، وهو يصنع حالياً من قبل جهات غير مرخصة و بات تهريبه كغيره من المنشطات والمؤثرات العقلية ، ولذلك يتوفر في الأسواق بأشكال مختلفة وأسعار

للهيروين خاصية عبور حاجز الدم الدماغي بصورة أسرع من المورفين، مما يؤدي إلى شعور الفرد بمظاهر فعله بسرعة تفوق سرعة الشعور بمظاهر هذا الفعل، مقارنة بالمورفين، وهذا مما يسارع بحدوث الإدمان على الهيروين

متفاوتة . وفي بعض الحفلات والأعراس يوضع في العصير والمشروبات حتى أن الكثير من الناس قد تناولوه دون أن يعلموا بذلك وسبب لهم المشاكل والأرق والقلق وغيرها من الإضطرابات .

إن الملايين من حبوب من الكبتاغون تسوق وتوزع بين الشباب ، لدرجة أنه في بعض المجتمعات العربية الآن أصبح يعتبر أمراً طبيعياً مثل شرب الماء ، إضافة إلى أن المروجين يستعملوه لإدخال مواد أخرى جديدة تحقق ربحاً أعلى ، مما جعل بعض المتعاطين يكتشفوا لاحقاً عن طريق الفحوصات الطبية أن ما يتعاطوه ليس كبتاغون بل خليط من عدد كبير من المواد والمؤثرات العقلية الخطرة ، فيا معشر المتعاطين ممن ينشدون النشاط والنشوة إنكم تحفرون قبوركم بأيديكم وتسلكون طريقاً كله مخاطر توقفوا ، تعالجوا ، وفقكم الله .

عند التعاطي ولمدة خمسة عشر دقيقة يشعر المتعاطي باللذة الغامرة للجسم ، ويلي هذا فترة من النشوة قد تستغرق خمس ساعات ، يكون فيها ارتفاعالثقة بالنفس والهدوء، ويقل فيها الألم والشعور بالجوع والعطش والرغبة الجنسية، ويميل المتعاطي للخمول و الانزواء والنعاس و الارتخاء، ويلاحظ تضيق حدقات العين، والزيادة في التوتر العضلي وهبوط في حركة الجهاز الهضمي مما يؤدي إلى الإمساك ، كما تتوقف حركة العين السريعة أثناء النوم

40- علاقة تعاطي المخدرات بالجرائم المرتكبة ضد الأطفال والأسر ، وانعكاسات ذلك على التنشئة الإجتماعية وعلاقته بالتفكك الأسري

إن تعاطي المخدرات هو للوهلة الأولى إيذاء فردي ، وعمل شخصي يقوم به المتعاطي ضد نفسه ، ولكن عند التمعن في أبعاد هذه المشكلة ، فإن أثارها لا تقتصر على المتعاطي بل تتعداه لكل من حوله وأسرته ومحيطه ، بل قريته وحيه ، والوطن بأكمله .

أثر التعاطي على الفرد :

يتأثر مدمن المخدرات مع كل ذرة مخدر تدخل في أجزاء جسمه وتنعكس عليه في أوجه متعددة .

1. الصحة النفسية :

تتقلب حالة المدمن النفسية ما بين لحظات من الصفاء والهدوء وساعات من التوتر والخوف والعصبية ، ويقل تركيزه و أهتمامه في حياته الشخصية ومن حوله ، ويصبح شغله الشاغل الجرعة القادمة وأعراض الإنسحاب وتفاديها ، والمبلغ المطلوب ، والمصدر ، والحذر من الأمن ، وتبدو على المدمنين عادة أعراض من الكآبة والقلق ، وقد تظهر عليهم أوهام إضطهادية وحالات ذهانيه ،

وقد يصابوا بنوبات غيبوبة ، أو تغير شخصية المدمن بشكل واضح نحو الأسوأ . ويقل إنتاجه ويزيد مرضه ، وتزيد أسراره .

2. الصحة الجسدية :

الشحوب ، والهزل ، ونقص الوزن وكثرة الإصابة بالأمراض ، والشكاوي من الإمساك والصداع والآلام ، وكثرة الطلب على الأدوية المسكنة والمهدئة ، ظواهر معروفة في المدمنين . يزداد إستهلاك المدمنين للقهوة والشاي والسجائر ومن النادر أن تجد مدمن لا يعاني من آثار صحية في رئتيه والتهابات مزمنة في القصبات الهوائية .

أما إذا أستعمل الهيروين بجرعات كبيرة فإن تثبيطه للجهاز العصبي قد يكون خطيراً وقاتلاً، والسبب هو التأثير على مراكز التنفس وهو ما يؤدي للوفاة

3. الأداء الوظيفي :

في بداية مراحل الإدمان قد لا يكون التدهور في الأداء الوظيفي ملحوظ ولكنها شهور قليلة حتى يصبح من الواضح أن طالب الجامعة بدأت علاماته بالإنخفاض وقد يحمل مواد أو يرسب ، أما الموظف أو صاحب المهنة ، فيكثر تأخيره وتكثر أخطاءه ويقل إنتاجه ، وقد يطرد من عمله ، أو تفلس تجارته ، وذلك رغم حاجته المتزايدة للنقود .

4. الأثر الإقتصادي :

أن متطلبات الإدمان عالية ، وحتى في عرف أغنى الأغنياء ، فعندما يصل المدمن إلى صرف مائة دينار يومياً ، فهو بلا شك قد أصبح في مأزق ، لا بد له من تدبير هذا المال بشتى الطرق ، منها بيع الممتلكات وسرقة بعض الأموال من البيت أو مكان العمل ، ثم الإنخراط في الترويج للسموم التي يتعاطاها ، وقد يكون أحد ضحاياه أصدقاءه وأفراد عائلته .

5. الأثر الأخلاقي :

إن الكثير من المتعاطين كانوا من أصحاب المهن المحترمة ويتمتعوا بقدر جيد من الأنضباط والأخلاق ولكن دخولهم في بوتقة الإدمان ، يجعل منهم آلات بلا عواطف أو مشاعر تسعى للحصول على المتعة ، بأي ثمن ، حتى لو كان التخلي عن القيم والأخلاق والمبادئ والدين .

6. **الأثر الإجرامي :**

إن التعاطي بحد ذاته هو خرق للقانون وتناول وحيازة مواد ممنوعة ، والإختلاط مع مروجين مطاردين من العدالة ، وبالتالي فإن معدلات الجريمة عموماً ترتفع بين المدمنين ، وقد يتحولوا إلى لصوص ، وتكثر جرائمهم بالإيذاء والنصب والاحتيال ، وتتكرر جرائمهم صغيرة كانت أم كبيرة .

الآثار الأسرية للمخدرات :

1. التأثير النفسي :

إن وجود مدمن داخل الأسرة يشيع جواً من الخوف والترقب والحذر ، والتوقعات ويضع الأسرة في حيرة أولاً عن سبب التغيرات الملحوظة ، ثم عندما يكتشفوا أن الإدمان وراء ذلك ، فهم يقسوا أحياناً ويفكروا بإبلاغ سلطات الأمن ، و يلجأوا للأطباء ويقوموا بمحاولات عشوائية للتخلص من هذه المشكلة ، والمدمن ينفي وينفعل وقد يصيح ويضرب ، ولا يتعاون ولا يرغب أن يعالج ، وينعزل عن الأسرة ، ومعظم الأسر ، لا تعرف ما هي المسؤولية القانونية على المدمن وعليهم . تنسى الأسرة أن هناك أطفال بحاجه للرعاية ، وتنشغل عن دراستهم وحتى عن أكلهم وشربهم .

2. التأثير الإجتماعي :

تبدأ الأسرة بالتقوقع على نفسها والتكتم الشديد ، وإعطاء المبررات الواهية عن واقع الحال ، وقد يتطلب الأمر أن تدافع عن أخطاء المدمن ، تبتعد الأسرة عن المشاركة في المناسبات الإجتماعية وإستقبال الضيوف ، وتغرق في مشكلتها .

3. الأضرار المباشرة على الأسرة :

- المدمن من أكثر الناس إساءة للأطفال وضربهم وتعذيبهم ، وقد يتحرش جنسياً بالأطفال داخل وخارج الأسرة .
- ضرب الزوجات يتزايد بشكل واضح ، وقد يدفع بعض المروجين والمتعاطين زوجاتهم نحو التعاطي والفاحشة والترويج .
- يقصر رب الأسرة في كل واجباته المالية والمعنوية تجاه الأسرة .

عادةً ما يبدأ التعاطي في حفلة ومع رفاق في جو اجتماعيمرح ، ويشعر المتعاطي باللذة والنشوة والراحة فيعاود الاستعمال، ومن المؤسف أنه بعد تكرار الاستعمال لبضعة أيام، يبدأ المتعاطي بالشعور بأعراض التوتر العصبي و الانزعاج والرغبة الشديدة في جرعات أخرى

- تتفكك الأسرة إذا كانت مترابطة ، وكثيراً ما يكون هناك تفكك واضح سابق للإدمان ، فيتفاقم ويزداد الإنحراف والطلاق والتشرد .

- تتوقف التربية الصحيحة للأطفال ، ويتحول البيت إلى ساحة معركة أقرب من كونه عش الأمان . ويخرج من البيت أضرار جسيمة على المجتمع ، فهناك من استغل أطفاله في شراء أو بيع أو ترويج المخدرات ، وأغدق عليهم الأموال حتى يتمشوا مع طلباته ، مما يؤدي لإنحرافهم المبكر .

- يفقد الأطفال النموذج الصحيح للأب وأحياناً للأم وبالتالي فإن تطورهم النفسي و الإجتماعي يتأثر .

- وفي حالة إدمان أحد الأبناء فإن انعكاساته شديدة على الوالدين الذين غالباً ما يتبادلوا الإتهامات بالتقصير . وتتدهور علاقتهم ، ويشيع جو من التوتر الأسري والخوف والترقب ، ويحتد النقاش فيما يمكن فعله لإيقاف المدمن ، وقد تصل الأمور أن يقوم الأب بقتل إبنه ، أو تنتحر الأم ، أو يهرب أحد الإخوان ، أو تنحرف أحدى الأخوات

4. الأضرار غير المباشرة على الأسرة :

في كل مرة يكتشف فيها مدمن من قبل طبيب أو إدارة مكافحة المخدرات أو يعترف لأهله ، فإن الصدمة تكون كبيرة على الأسرة وتتفاوت ردود فعلها . والأصل أن كل أسرة تعتبر نفسها بمنأى عن الإدمان ومشاكله . وعندما تصاب بهذا البلاء ، فإما أن تتخذ موقف دفاعي وتتهم شلة الأصدقاء الفاسدة ، وتتهم السلطات الأمنية بالتقصير ، أو وسائل الإعلام . وغيرها من الإسقاطات العديدة التي تمارسها الأسرة . وهناك الأسرة التي تبتلى بأكثر من فرد فيها فأب يعاقر الخمر والأبناء يشمّوا الهيروين ، والأم تلتهم المهدئات ، والبيئة ملوثة كيماوياً وكأن الزائر للبيت يخرج وقد دارت هذه المواد في رأسه . وأما الوضع الإقتصادي فلا شك أنه قد أدى بالبعض للإنتحار ، والبعض لإعلان إفلاسه ، وغيرها . وفي أسر محدودة كان هناك إختراق لأمن الأسرة عندما أصيب المدمن بالإيدز ، وأصبح يحتضر ومشاعر الأسرة مختلطة بين الغضب والشفقة والرغبة في المساعدة أو الإنتقام .

أما في التعاطي بمقادير كبيرة فإن الأعراض إنسحابية تشتمل على القلق والتثاؤب وسيلان الأنف، وتوسع حدقات العين و التعرق، والإسهال والقيء والوهج الحار والبارد في الجسم، وزيادة التنفس وسرعة ضربات القلب ، والتقلصات وآلام مبرحة في كافة أنحاء الجسم

.

5.الأسرة ما بعد الإدمان :

بعد إكتشاف حالة الإدمان ومعالجتها ، فإن الأسرة يصعب أن تعود لما كانت عليه ، فالأسرة تبحث عن ضمانة مؤكدة لعدم عودة المدمن إلى طريقه ، والضمانة المؤكدة في هذا المجال شبه مستحيلة ، وبالتالي تتخذ الأسرة مواقف مختلفة جميعها تخل بالإستقرار الأسري ، فإما أن تتحول الأسرة جميعها إلى خبراء في الإدمان والمراقبة الأمنية ، وكأن البيت أصبح ثكنة عسكرية في حالة إستنفار . وهذا غالباً ما يجعل المدمن في موقف تحدي ، وقد يكون السبب الأول للإدمان من جديد . وهناك من الأسر من ينبذ المدمن ويعتبره مجرم ومنحرف لا يستحق أن يعيش داخل الأسرة ، مما يجعله يعود إلى جماعته المنحرفة. وهناك من الأسر من حاول ويحاول تحويل الموضوع إلى قضية طبية بحته بحيث أن الطبيب والعلاج هو الذي يجب أن ينهي المشكلة . ومعروف أنه في تأهيل المدمنين هناك دور للعلاج الأسري لإزالة الأثار السابقة ومنع ردود الفعل السلبية داخل الأسرة .

يعتبر الهيروين من أخطر المخدرات، وأسرعها إحداثاً للإدمان، وأكثرها سرعةً في الانتشار

التوصيات :

عند وضع خطة وطنية لمكافحة المخدرات ومعالجة المدمنين لا بد أن يؤخذ بعين الإعتبار المدمن كفرد وأسرته ومحيطه . وبالتالي فإن العلاج لابد أن يشتمل على :

1- الوقاية :

وهي على ثلاث مستويات ، الوقاية الأولية وتعني محاولة منع الإدمان من أساسه ، بعدم توفر المواد وتحصين الفرد علمياً ودينياً وثقافياً ضد هده الآفة ، وأما الوقاية الثانوية فهي العمل على إكتشاف الحالات مبكراً ، وقبل أن يتدهور الحال وتتذمر الأسرة ، والوقاية على المستوى الثالث هي منع المدمن بعد العلاج من العودة والانتكاس .

التغيرات الخطيرة في شخصية المدمن : إذ تتدهور القيم والأخلاق والثقة بالنفس ، و يهمل في واجباته وعمله وغالباً ما يصبح عبئاً على الأسرة وغير منتج

2- العلاج :

هناك شقين للعلاج ، الأول الفطام وهو يتراوح بين 3 – 6 أسابيع وقد يصل إلى بضعة شهور في حالات شديدة ومزمنة ، ويتلو ذلك التأهيل بمختلف أشكاله الفردية والجماعية والأسرية ، وتوفير خدمات للأسرة ، مالية وإرشادية وتربوية وطبية .

3 – متابعة أسر المدمنين لفترات يحددها المختصون للتأكد من أن الأسرة قد عادت للتماسك والترابط المطلوب .

41- إدمـــــــان الشـــــــــراء

قد يستغرب الناس من فكرة إدمان الشراء ولكن هذه حاله من الإدمان موجودة وهي القيام بجولات شراء غير مناسبة وكثيرة وخارجه عن السيطرة ، ووجود متعه في الشراء يعقبها ندم وتأنيب ضمير ، وقد تقوم المرأة بعد ذلك بإعادة المشتريات أو التخلص منها وإخفاء ما ترتب عليها من ديون ، وإذا كان هناك وصول قبض أو فواتير تتخلص منها . وبعد فترة إستراحة لا تطول يتكرر نفس لسلوك ويؤدي لمعاناة نفسية وماليه و إجتماعيه ، فهذا الإدمان بخلاف باقي أنواع الإدمان يظهر لدى السيدات أكثر من الرجال ، وإذا كان الزوج هو الذي سيدفع ثمن المشتريات فإنه سوف يتذمر وقد يصل الأمر للطلاق .

هاجس هؤلاء النساء الذي يسيطر على تفكيرهن هو موضوع الشراء والمشتريات والمال المتوفر والذي يمكن أن يقود للقيام بالشراء ، وكما أن هذا السلوك يؤدي للكذب لإخفاء هذا السلوك ، وهناك شعور بالنشوة و الإنتعاش لحظة التسوق ولكنها لا تدوم ، وإذا تمكنت المدمنة على الشراء من الإستدانة فهي لن تتوانى ، وإذا توفرت لديها بطاقات الإئتمان فإنها مغرية للشراء .

هذا السلوك عادة ما يكون فيه إضطراب الإندفاع وعدم السيطرة ، والطقوس التي تبدو قسرية بأسلوبها ، وللخلاص من هذه المشكلة لا بد من الإعتراف بأنها مشكله ، لأنه في كثير من الأحيان تقول المرأة بأن مشترياتها عاديه ولكن الزوج بخيل ، أو أنها تنكر الشراء إبتداءاً وبعد الإعتراف بالمشكلة لا بد من تنظيم التسوق والشراء وفق موازنة محدودة ومشتريات معينه . ويفضل أن لا تذهب السيدة للسوق وحدها ، وأن لا تحمل دفتر شيكات أو بطاقات إعتماد . ولكن إذا لم ينجح هذا كله فإنه من الضروري تقييم الحالة والمساعدة من قبل المختصين .

إن الإدمان على الهيروين سلوك إختاره الفرد بإرادته ضمن ظروف ومعطيات معينة، وحتى يخرج منه لا بد أن يتخذ القرار القطعي والحاسم بالامتناع

42- مـــــــرض باركنســـــــــــون

كان الطبيب الإنجليزي جيمس باركنسون في عام 1817 أول من وصف هذا المرض ، والذي يصل إنتشاره إلى 2 لكل 1000 نسمة ، أو 1% ممن تجاوزا

الستين من العمر ، وهو أكثر شيوعاً بين في الرجال من النساء ، ويبدوا أنه أكثر إنتشاراً في دول الشمال عن الجنوب . وفي كثير من الأحيان فإن المرض لا يتم الإنتباه إليه في مراحله المبكرة .

في عام 1950 تمكن العالم أربت كارلسون من إكتشاف الدوبامين كأحد الناقلات العصبية الكيماوية والذي يقل في مرض باركنسون ، وقد منح جائزة نوبل بناءً على ذلك .

ويعرف هذا المرض بأنه مرض عصبي يتم فيه تلف بعض الخلايا وتدهور وظائفها ، مما يؤثر على حركة العضلات وتوازنها ، والمشي والكثير من الحركات الإرادية ، ويمر المرض في ثلاثة مراحل المرحلة المبكرة والتي تكون فيها الأعراض العضلية متفاوتة ، ثم المرحلة المتوسطة والتي تصبح فيها الأعراض العضلية بدرجة متوسطة إلى شديدة وتؤدي إلى إعاقة الحركة والحياة اليومية ، وفي الحالات المتقدمة فإن هناك عجز عن الحركة والأداء .

ومن المعروف أن القدرات العقلية لا تتأثر في بداية المرض ، ولكن مع تقدم المرض فإن أكثر من ثلث مرضى باركنسون يدخلون في خرف ، كما أن نسبة كبيرة من مرضى باركنسون يظهر عليهم الإكتئاب النفسي ، وهذا قد يصل إلى 50% منهم ، أضف إلى ذلك الأعراض الذهانية كالهلاوس البصرية بالذات ، والتي تعتبر أمراً شائعاً في المرض نفسه ، وتظهر كذلك نتيجة للعلاجات المستخدمة للمرض ، ويقدّر بشكل عام أن ثلاثة أرباع مرضى باركنسون يعانون من مظاهر وإضطرابات ومشاكل نفسية .

أعراض المرض :

1- تيبس العضلات مما يؤدي إلى صعوبة في ثني الأطراف والإنحناء وعدم التوازن

2- فقدان التوازن في المشي .

3- تغير المشي بحيث أن المريض يجر قديمه دون رفعهم عن الأرض وحركته بطيئة ويجد صعوبة في بداية المشي وتكون خطواته صغيرة .ويشكو من ألم في العضلات وتغيب حركة الأذرع المترافقة مع المشي الإعتيادي .

4- الرعشة أو الإهتزاز العضلي الذي يحدث وقت الراحة ، وفي المراحل المتقدمة في كل الأوقات ، وقد يؤثر على القيام بالأعمال اليومية المختلفة ، ويزيد مع التوتر والإنفعال ، وقد يبدو المريض وكأنه يسبّح .

قد يتطلب أحياناً التخلص من الأعراض الإنسحابيه لكافة المواد المستعملة، ما يزيد عن ستة أسابيع، يكون الأسبوع الأول فيها متميزاً بالمظاهر الجسدية للانسحاب، وفي الأسبوع الثاني يكون هناك ميل شديد للاشتهاء والرغبة الملحة في التعاطي

5- التغير في تعبير الوجه : تقل التعابير ويصبح الوجه وكأنه مقنع والنظرة حادة وثاقبة ، وقد يبقى الفم مفتوح والرمش يقل .

6- يتغير الصوت فيصبح الكلام بطيء والصوت منخفض وعلى وتيرة واحدة .

7- فقدان المهارات العضلية مثل الصعوبة في الكتابة حيث يصبح الخط صغير وغير مقروء ، إضافة إلى صعوبة في الطعام والبلع .

كل هذا يؤدي إلى السقوط أحياناً أثناء المشي ، والتدهور في القدرات والوظائف الجسدية والعقلية بشكل تدريجي ، وكثيراً ما يشكو مرضى باركنسون من الإمساك المزمن .

يلاحظ على بعض المرضى زيادة سيل اللعاب ووجود تغير في البشرة بحيث تصبح دهنية ، وقد يلاحظ في بعض المرضى في المراحل المبكرة جداً للمرض تغير قدرتهم على شم الروائح ، وتغير الخط وتغير في بعض ملامح الشخصية .

علاج داء مرض باركنسون :

يعالج هذا المرض بعقاقير مختلفة تعمل على زيادة إفراز الدوبامين ، وهذه العقاقير التي بدأت في الستينات وتطورت تشتمل على عدد كبير منها ، إلا أنها ليست أدوية شافية ويستمر المرض في التقدم ، وقد يصبح تجاوب المريض مع هذه الأدوية ضعيفاً أو معدوماً ، ويصبح الأمر صعباً إذ أن مضاعفات Sinemet على سبيل المثال قد تصل إلى التهيج و الهلاوس والأوهام , وهذا ما دفع الباحثين والأطباء والعلماء للتفكير في حلول جراحية ، وكان منها نقل بعض الأنسجة العصبية من الجنين إلى الدماغ ، ثم تطورت إلى جراحات مختلفة تعمل على مناطق مختلفة في الدماغ ، إلا أن نتائجها ما زالت موضع بحث ونقد ، وليس فيها جزماً ولا يوصي بها إلا في الحالات الشديدة والمستعصية والتي يقرها أختصاصي الأعصاب و أختصاصي الأمراض النفسية وجراحة الدماغ ، وهناك إدعاء بأن فيتامين E من الممكن أن يقي من تدهور المرض .

تطور المرض :

إن مرض باركنسون ليس له علاج فعّال ويستمر إلى درجة إقعاد المريض وطرحه بالفراش ، مصحوباً بتدهور قدراته العقلية ، مما يجعل الأمر يتحول إلى

إن الفكرة السائدة بين الشباب في العالم العربي وفي مختلف بقاع الأرض ، أن الحشيشة مادة آمنة وبسيطة وليس لها سلبيات وآثار كما هو الحال في الهيروين وغيره ، ولكن هذا ليس صحيح

من المعروف أنها (الحشيشة) تغير عند الفرد القدرة على إحساس الوقت والألوان والصور والأصوات بحيث أن المتعاطي يصبح في عالمه الخاص

الرعاية الطبية والنفسية والإجتماعية أكثر من الشفاء ، ومع إستمرار تيبس العضلات وصعوبة البلع قد يصاب المريض بإلتهابات رئوية متكررة خصوصاً مع صعوبة البلع ، وإمكانية دخول الطعام إلى المجاري التنفسية ، وبالتالي فإن عائلة المريض بحاجة إلى كثير من الدعم والرعاية .

هناك من يصاب بإضطرابات نفسية فورية عند إستعمال الحشيش مثل إضطراب الفزع أو القلق وحالة الذهان الحادة المشابهة للفصام

43- النفـــــــس والقلـــــــــب

إرتبطت النفس بالقلب إرتباطاً وثيقاً عبر تاريخ البشرية ، فقد عبر البشر عمّا في نفوسهم وأظهروا إنفعالاتهم بتغير ضربات القلب وسرعتها وأحاسيس مختلفة في الصدر عزيت كلها للقلب ، حتى أن الناس وصفت وما زالت توصف بأن فلان قلبه كبير أو قلبه أبيض ، أو أن فلان ذو قلب حنون أو عطوف ، أو أنه قاسي القلب وما إلى ذلك من الصفات التي إستخدمت لتعبر عن الشخصية بواسطة القلب .

وقد ظن الأطباء والفلاسفة عبر العصور وكتبوا كثيراً عن النفس ، وحددوا مكانها في القلب ، إذ أنه العضو الرئيسي في الإنسان الذي لاحظه البشر يتحرك مع المشاعر مع الحب والخوف والإنفعال والغضب والخوف ، فمن تسارع إلى هبوط وخفقان وضيق وضغط على الصدر ، وقد ورد في كتابات الفراعنة مثلاً العديد من الوصف للأمراض النفسية جاءت ضمن أمراض القلب .

وأما الحقيقة العلمية المعروفة الآن فهي أن النفس موجودة في الدماغ على هيئة مراكز عصبية وخلايا متشابكة تعمل كهربائياً وكيماوياً لتنظيم الوظائف النفسية والعقلية للإنسان ، كالتفكير و الإنفعالات والمزاج والخوف والراحة و الإستمتاع والقدرات العقلية والشخصية والإبداع ، وتتحكم بالعواطف والحب والجنس والغرائز ، كما تقوم بعمليات عقلية معقدة بالإنتباه والتركيز وخزن معلومات و إستعادتها عند الحاجة .

لا يعرف معظم متعاطي الحشيش أن مادة الحشيش تحوي على أكثر من 40 مادة فعّالة تنتشر في الجسم وتخزن في دهونه ، ويبدأ خروجها من هذه الدهون تدريجياً إلى الدم وقد تجد هذه المواد في البول بعد عدة شهور من آخر تعاطي .

أما القلب فهو عضلة تقوم بعمل ضخ الدم في الجهاز الدوري ، ويصل عملها إلى كافة أنحاء الجسم بما فيها تغذية الدماغ في الدم ، مع أن السيطرة أيضاً على وظائف القلب تنطلق من الدماغ .

وفي ممارسة الطب النفسي فإن الكثير من الشكاوي التي يأتي بها المرضى في هذا العصر لها علاقة بالصدر والقلب ، ففي حالات الفزع والقلق والخوف فإن المريض يشكون بضيق في الصدر وحشرة وضيق نفس وضربات قلب سريعة ، وفي الكآبة يشكي من الهم والغم وكأنها في صدره وثقل على الصدر ، ويشكو البعض من ضيقة الصدر وضيقة الخلق ، كما يعبر الآخرين في الإكتئاب عن عدم القدرة على الإنفعال بأن قلبه ميت ، مما يجعل الشكاوي المتعلقة بالقلب من الشكاوي الشائعة في الأمراض النفسية .

وفي مفهوم الأمراض النفسجسدية وهي الأمراض العضوية التي تتأثر في حدوثها وتطورها وشفائها في حالة الفرد النفسية ، فإن أمراض القلب وخصوصاً أمراض الشرايين التاجية وإرتفاع ضغط الدم الشرياني من أهم هذه الأمراض النفسجسدية .

وقد عرف عن أمراض القلب في العقود الماضية أن الأفراد ذوي شخصية من طراز A هم أولئك الذين يشعرون دائماً بضيق الوقت والسرعة الدائمة لتحقيق أهداف أكثر والتنافس مع الغير ، وتكون هذه الشخصية مصحوبة بشئ من العدوانية ، فقد ربطت هذه الشخصية كأحد عوامل زيادة الخطورة في حصول أمراض القلب وإرتفاع ضغط الدم ، هذا النمط من أنماط الشخصية كان من أوائل الدراسات التي ربطت بين النفس ومظاهرها ومشاكلها والقلب والجهاز الدوري ومظاهره ومشاكله .

وضمن مفهوم الأمراض النفسجسدية والشخصية A فإنه من الواضح أن الضغوط النفسية والتوترات المختلفة تؤثر على القلب ، فيظهر المرض على أنه حالة في القلب ، كالفزع أو الهلع والقلق النفسي عموماً بما فيها من تسارع في ضربات القلب أو الإحساس بعدم إنتظام الضربات ،أو في أحيان نادرة الشعور بتباطؤ ضربات القلب ، كما أن هناك أعراض في صعوبة التنفس و الإختناق والضغط والحشرة في الصدر ، وكلها تعمل مؤثرة على إيهام المريض بأنه يعاني من مرض قلب ، وأما إذا كانت هناك توترات وضغوط نفسية فإنها من الممكن أن تظهر على شكل أمراض قلب فعلية ، كالذبحة الصدرية والجلطة وإرتفاع الضغط

الكبتاغون يحتوي على مادة الإمفيتامين وهي مادة منبهة للجهاز العصبي تمنع النوم وتمنع الشهية للطعام وتعطي شعور النشوة والقوة ، يتزايد تعاطي الأفراد لهذه المادة من حبة لاثنتين لأكثر حتى يصل البعض لحوالي ثلاثين حبة

إن ما يقوم به الإمفيتامين في الجهاز العصبي هو تفريغ الناقلات العصبية من الخلية إلى المشابك العصبية ، وهذا ما يحدث في الأمراض الذهانية ، فهو يحدث ذهاناً في العقل السليم وهذا الذهان يأخذ طابع الذهان الزوري والفصامي

كما أنه أصبح الآن من المعروف أن القلق والإكتئاب الفزع وغيرها من الأمراض النفسية إذا أهمل علاجها وتركت فإنها تزيد من إحتمال حدوث أمراض القلب ، وغيرها من المشاكل النفسجسدية كقرحة المعدة ومشاكل القولون وبعض الأمراض الجلدية ، فالمريض المكتئب معرض أكثر من غيره للإصابة إذا لم يتم علاجه ، للإصابة بمشاكل الشريان التاجي و إضطراباته ، كما أنه عادةً ما تمر الأعراض النفسية في مرضى القلب دون ملاحظتها من قبل الأطباء الباطنيين أو أطباء القلب ، ويتم التركيز على الشريان ونسبة إغلاقه و إنفتاحه ، مع أنه أصبح من المؤكد الآن بأن المكتئب معرض عدة مرات أكثر من غيره للذبحة الصدرية أو الجلطة ، وأنه بعد حدوث الجلطة في من لم يكونوا يعانوا من الإكتئاب فإن نصفهم سيعاني من الإكتئاب وأنه عادةً لا يلاحظ ويؤثر على نتائج الجلطة ويزيد من إحتمال الوفاة خلال الستة شهور التالية بمعدل ثلاثة أضعاف المرضى الغير مكتئبين ، وهنا تبرز أهمية التعامل الطبي مع الإنسان ككل ، وليس مع شريان مغلق أو مفتوح ، وأهمية إنتباه أطباء القلب للمشاكل الشخصية للمريض سواءً كانت عائلية أو سوء تكيف أو خوف من المرض أو خوف من الموت .

ومن المعروف أيضاً في أمراض القلب كما في غيرها من الأمراض كالسرطان بأن الإنسان المكتئب يتوقف عن مقاومة المرض ويتوقف عن التفكير الإيجابي والتعلق بالحياة ، مما يؤدي ذلك إلى إستسلام وضعف ووهم وما ينتج عنه من ضعف في جهاز المناعة ومقاومة الأمراض .

وقد أصبح الآن واضحاً لدى الأطباء النفسيين وأطباء القلب بأهمية إيلاء هذا الموضوع الإهتمام اللازم ، حتى إن هناك من بدأ يعطي مضادات الإكتئاب كإحتياط لمن يعانوا من الأزمات القلبية تجنباً لحدوث الإكتئاب ، خصوصاً وأن مضادات الإكتئاب الحديثة لا تؤثر على القلب .

وهنا لا يجب أن يفوتنا أن وسائل العلاج النفسي الأخرى غير الدوائية كالإستشارات النفسية والإسترخاء والتنويم المغناطيسي و اليوغا والتأمل كلها تعمل على تخفيض ضغط الدم وتحسين وظيفة القلب وتخفف من الآلام والآثار المختلفة للأمراض العضوية ومنهم أمراض القلب خصوصاً .

إذا حاول ترك هذه الحبوب المدمرة فإنه يصاب بالكآبة والكسل الشديد ، مما يدفعه للتعاطي مرة أخرى

تتقلب حالة المدمن النفسية ما بين لحظات من الصفاء والهدوء وساعات من التوتر والخوف والعصبية ، ويقل تركيزه و أهتمامه في حياته الشخصية ومن حوله ، ويصبح شغله الشاغل الجرعة القادمة وأعراض الإنسحاب وتفاديها ، والمبلغ المطلوب ، والمصدر ، والحذر من الأمن

ومن الصعب القول بأن هناك مشكلة بالنفس لا يتأثر بها القلب والعكس صحيح ، فإذا أخذنا مثالاً كالكحول وإساءة إستعمال المخدرات المختلفة و المؤثرات العقلية والسجائر والقهوة والشاي وغيرها من العابثات بالعقل ، فإن الإنسان الذي يتعاطاها ويبني نمط حياته عليها فعلى الأغلب يتأثر قلبه وغيره من الأعضاء وتزيد إحتمالات إصابته بالإمراض المختلفة ومن ضمنها أمراض القلب ، خصوصاً أنه لا يتبع أي نظام لياقة ولا نظام طعام ، وتصبح حياته تدور حول الإدمان وحول الإفراط في العادات السيئة و إستعمال المنبهات والمنشطات والمشبطات العقلية . وبالتالي فإن سلوك الإنسان وشخصيته يلعبا دوراً كبيراً في مخاطر أمراض القلب والجهاز الدوري .

تبدو على المدمنين عادة أعراض من الكآبة والقلق ، وقد تظهر عليهم أوهام إضطهادية وحالات ذهانيه ، وقد يصابوا بنوبات غيبوبة ، أو تغير شخصية المدمن بشكل واضح نحو الأسوأ . ويقل إنتاجه ويزيد مرضه ، وتزيد أسراره

وكلنا يذكر أنه عندما بدأت عمليات زراعة القلب تساءل الناس كثيراً وكتبت الصحف عما إذا كان نقل القلب يعني أن العواطف والحب والكره والغضب ستنتقل من المتبرع إلى المتلقي ، وكان بالتأكيد هذا واضح من الناحية الطبية ، فالقلب هو مضخة تأتمر بأوامر الدماغ وتنفذها وبالتالي فإن العواطف التي يعبر عنها القلب هي عواطف العقل والنفس التي تسيطر عليه وليس هناك مخزون في حجرات القلب من عواطف حملها سابقاً .

ومن الجدير ذكره أن الشرايين والأوردة ودورة الدم في الدماغ هي أيضاً إحدى العلاقات الهامة القائمة بين النفس و الجهاز الدوري عموماً وعلى رأسه القلب ، إذ أن أي إضطراب في هذه الشرايين مثل تصلبها يؤدي إلى الخرف ، أو النزيف يؤدي إلى جلطات الدماغ وما يتبعها من حالات الإكتئاب التي قد تصل إلى نصف من يتعرضوا لهذه الحالة ، وإذا لم يعالجوا فإنه غالباً ما تكون إستجابتهم مع التأهيل والعلاج الطبيعي ضعيفة ، وقدرتهم على المقاومة والتحمل قليلة ، وبالتالي فهي من الأمور التي يجب أيضاً أن تعطى الإهتمام الكافي ، وإذا تكررت عمليات النزيف وإضطراب الدورة الدموية في الدماغ فإنه من المعروف بأن الفرد يدخل في حالة خرف ناتج عن تصلب الشرايين وحصول جلطات دماغية مختلفة في أوقات مختلفة .

معروف أنه في تأهيل المدمنين هناك دور للعلاج الأسري لإزالة الأثار السابقة ومنع ردود الفعل السلبية داخل الأسرة

ولابد من التأكيد على أن الإكتئاب من أكثر الأمراض شيوعاً في العالم ، وأن

الإنسان المكتئب يفقد الحماس والرغبة في الشفاء ، وأن الواجب الملقى على عاتق ذويه وأطبائه وكل من حول الإنسان أن يتنبه للإكتئاب ويتعامل معه بالأسلوب العلمي الصحيح حتى لا تصبح مشكلة الإكتئاب أهم من المشكلة الطبية الأساسية التي يعاني منها الفرد ، وتؤدي مشكلة الإكتئاب إلى تدهور الحالة الصحية ومضاعفاتها وفقدان الحماس عند المريض للحياة بعد ذلك .

كما أن الحاجة الماسة لبرامج التأهيل للمرضى الذين يمروا بالأزمات القلبية أو جلطات الدماغ أمر في غاية الأهمية ، ولا بد من أن يكون هذا البرنامج قد أخذ بالإعتبار القلب والإكتئاب والمشاكل النفسية الأخرى التي قد تحدث على سبيل المثال بعد عمليات القلب المفتوح وإستبدال الصمامات وعمليات دماغية لتصحيح شرايين الدماغ ، يكون فيها عواقب نفسية قد تصل إلى حالات ذهانيه حادة أو حالات ذهانيه مستمرة أو تغير في الشخصية ، وإذا كانت النظرة للعوامل النفسية نظرة خجل و إستحياء وعدم تقدير لأهميتها ، فإن المريض على الأرجح هو الخاسر والمتعثر والذي قد يفقد حياته وذلك لعدم الإكتراث .

والنظرة الطبية الحديثة هي نظرة الشمولية وعدم التعامل مع الإنسان كعضو كقلب أو شريان أو ضغط ، بل التعامل معه ككل في كل أجهزته ودماغه ونفسه وشخصيته ووضعه الإجتماعي والعائلي والأسري والمادي والتعليمي ، حتى يكون أسلوب العلاج فيه موضوعية وتحقيق للهدف الأسمى للطب في معالجة المريض وليس المرض .

الوقاية الأولية وتعني محاولة منع الإدمان من أساسه ، بعدم توفر المواد وتحصين الفرد علمياً ودينياً وثقافياً ضد هده الآفة

الوقاية الثانوية فهي العمل على إكتشاف الحالات مبكراً ، وقبل أن يتدهور الحال وتتذمر الأسرة

44- الجوانـــــب النفسيـــــــة لمـــــرض السكــــــــري

إن السكري يشكل وباءاً في العصر الحديث فقد كان عدد المصابين به في العالم عام (1985) 30 مليون من البشر إرتفع إلى 135 مليون في عام 1995 والى 177 مليون عام 2000 ومن المتوقع أن يصل إلى 370 مليون في عام 2030 ، وهذه الزيادة ستكون أكثر في الدول النامية منها في الدول المتقدمة ، كما أنه من المعروف أن الإضطرابات النفسية تشكل 19% من حجم العبء الصحي في العالم ، إذ أن الإكتئاب والفصام وإضطراب المزاج المزدوج هي الثلاثة الأولى في قائمة العشرة أمراض التي تسبب إعاقات في العالم .

الوقاية على المستوى الثالث هي منع المدمن بعد العلاج من العودة والانتكاس

هناك شقين للعلاج ، الأول الفطام وهو يتراوح بين 3 – 6 أسابيع وقد يصل إلى بضعة شهور في حالات شديدة ومزمنة ، ويتلو ذلك التأهيل بمختلف أشكاله الفردية والجماعية والأسرية ، وتوفير خدمات للأسرة ، مالية وإرشادية وتربوية وطبية

في عام 1950 تمكن العالم أربت كارلسون من إكتشافالدوبامين كأحد الناقلات العصبية الكيماوية والذي يقل في مرض باركنسون ، وقد منح جائزة نوبل بناءً على ذلك

إن العلاقة بين الإضطرابات النفسية والسكري ذكرت منذ عام 1889 عندما قال السير هنري مود ربي بأن السكري في العادة يظهر في النساء اللواتي يعانين من إضطراب عقلي .

السكري هو مجموعة من الإختلالات في التمثيل الغذائي يؤدي إلى إرتفاع نسبة السكر في الدم ونقص الأنسولين من حيث الإفراز أو المفعول أو كلاهما معاً وهذا يؤدي إلى تأثيرات على مختلف أعضاء الجسم كالعين والكلى والأعصاب والقلب والأوعية الدموية ويقسم السكري إلى نوعين :

- النوع الأول والذي يكون به تلف في خلايا البنكرياس وهو نقص كامل في هرمون الأنسولين ويعتقد بأن له علاقة في جهاز المناعة .
- أما السكري من النوع الثاني فهو يبدأ من المقاومة للأنسولين أو ضعف إفرازه ، وهناك أنواع أخرى قد تنتج عن بعض الإضطرابات الوراثية أو إضطرابات الغدد بشكل عام و الإلتهابات ، وهناك سكري الحمل.

تتم معالجة السكري إما بالأنسولين أو بالعقاقير المختلفة التي تعمل على السيطرة على نسبة السكري .

الجوانب النفسية للسكري :

أتضح من خلال المشاهدات والدراسات أن الضغوط النفسية تلعب دوراً مهماً في إحداث السكري وإستمراره وتفاقمه ، وخصوصاً الأشخاص الذين يميلون إلى القلق والعدوانية والكآبة فإنهم أكثر عرضة من غيرهم ، كما أن تشخيص السكري بحد ذاته يعتبر أحد الضغوط النفسية التي تقع على الفرد والأسرة ، لما يحمله الناس من معلومات عن مخاطر ومضاعفات يراها المريض فيمن حوله ويسمع عنها ، ومن المعروف أن الإرتفاع الحاد في سكري الدم أو الإنخفاض الحاد قد يؤدي بشكل من الأشكال إلى تدهور في قدراته العقلية وقد يساعد على حدوث الخرف في الحالات التي لا يتم فيها السيطرة على السكر ويحدث فيها تصلب للشرايين .

إن إنتشار الأمراض النفسية قد دُرس في مرضى السكري وأقاربهم وقد تبين في دراسات مختلفة أن نسبة حدوث الرهاب في النساء المصابات في السكري

والشخصية السيكوباثية كانت أعلى مما هو ملاحظ في المجتمع ، وأن 70% من أفراد الأسر المصابين في السكري يصابوا بمرض نفسي أو آخر في حياتهم 40% أمراض القلق و 30 % بالإكتئاب و 14 بالرهاب .

كما أن مرضى السكري يعانوا من إضطرابات التكيّف وأن أكثر من ثلث مرضى السكري يعانوا من هذه المشاكل في الفترة الأولى من المرض أو في حالات التقدّم وحدوث المضاعفات والدراسات المتكررة تؤكد إرتفاع الإكتئاب بين مرضى السكري وتصل الإصابة بينهم إلى 27% في حين أنها لا تتجاوز 10% في المجتمع ، وأما إضطرابات القلق فإنها قد تصل إلى ما يزيد عن 40% بين مرضى السكري ويؤثر القلق والإكتئاب وحدوثه على ضغط سكري الدم كما أن عدم ضبط سكري الدم يزيد من فرصة حدوث الإضطرابات النفسية وهنا ندخل في حلقة مفرغة .

مع تقدم المرض فإن أكثر من ثلث مرضى باركنسون يدخلون في خرف ، كما أن نسبة كبيرة من مرضى باركنسون يظهر عليهم الإكتئاب النفسي

من المعروف أن السكري يؤثر على الوظائف الجنسية وهناك تشابك بين الآثار على الجهاز العصبي والآثار المباشرة على الأوعية الدموية والآثار النفسية وآثار الأدوية وكذلك آثار القلق والإكتئاب الشائع في مرضى السكري ، ولا بد من أن يأخذ بالإعتبار هذا الأمر ، ولا يعزى دائماً إلى إعتلال الأعصاب الطرفي في مرضى السكري ، كما أن هناك إرتباط بين النوم في مرضى السكري وإضطرابات الجنس ومعروف أن بعض مرضى السكري يتأثر نومهم لتكرار صحوهم في الليل لقضاء الحاجة ، ويتجاوب هؤلاء المرضى مع المعالجات العادية للإضطرابات الجنسية .

الأعراض الذهانيةكالهلاوس البصرية بالذات ، والتي تعتبر أمراً شائعاً في المرض نفسه ، وتظهر كذلك نتيجة للعلاجات المستخدمة للمرض

دلت الدراسات أيضاً على أن إضطرابات الطعام بإشكالها المختلفة تكون ضعف الإنتشار في المراهقين المصابين بداء السكري .

من هذا يتضح لنا أن رعاية مريض السكري ليست مقتصرة فقط على ضبط السكر ونسبة وفحوصات الدم ، بل هي عملية طبية نفسية إجتماعية متكاملة لا بد أن يأخذ فيها بالإعتبار كل هذه الجوانب حتى نصل إلى المعالجة الشمولية وليس العضوية ويتحسن مريض السكري من جميع الجوانب ، وإذا أهمل مريض السكري فإن ضبط السكري يكون في منتهى الصعوبة .

45 – ســــــن الأمـــــل (ســـــــن اليــــــأس)

إن كلمة سن اليأس توحي بين العامة إلى اليأس والكآبة والقنوط والتسمية في حقيقتها تعنى اليأس من الإنجاب .

وهذه المرحلة في حياة المرأة هي مرحلة تغيير مهمة ، فالمرأة التي تزوجت وأنجبت يكون أبناءها قد بدءوا يستقلون ويغادرون البيت ، وقد يبتعدون عن البلد وهذا مما يؤدي لشعور المرأة بشيء من الفراغ خصوصاً إذا لم تكن عاملة ، كما أن العلاقة الزوجية تكون قد وصلت في كثير من الأحيان إلى درجة من الرتابة والملل أحياناً ، أما المرأة التي لم تتزوج قد تشعر أن إنقطاع الدورة يلغي آخر أمل لها في الزواج ، والمرأة التي لم تنجب فقد تعتبر توقف الدورة المؤشر النهائي لعدم خصوبتها ، وإمكانية رفضها من الزوج والمجتمع .

وتدل الدراسات بأن إنقطاع الدورة مع أنه يكون مفاجئ كما يبدو ، لكن السنوات التي تسبق الإنقطاع يكون فيها بداية نقص الهرمونات الأنثوية وخصوصاً الأستروجين وتصبح الدورة أقل كثافة ومتباعدة ، وقد ترتفع نسبة إنتشار حالات القلق والإكتئاب بين هؤلاء النساء في تلك الفترة .

وأما بعد إنقطاع الدورة وظهور أعراض الهبات الساخنة وخلافها ، فإن بعض النساء يشعروّن بإرتياح نفسي و إنتهاء الإحتياطات منعاً للحمل ، وينظروّن للتغيير على أنه إيجابي . وهناك نسبة من النساء قد تعانين من الضيق ، والملل ، والضجر ، والتوتر ، بسبب الهبات الساخنة والإعتقاد بأن هذا مؤشر على تقدم العمر مما يدفع ببعض النساء لتغيير نمط حياتهن ، فالمرأة التي تستسلم وتعيش في فراغ متواصل ، وتعتبر أن الحياة الجنسية قد توقفت دون أي مبرر علمي لذلك ، وأن التغيرات في وجهها وجسدها هي نهاية العالم ، تكون قد وضعت نفسها في طريق غير مريح على الإطلاق ، يسبب لها ولمن حولها الإزعاج ، أما المرأة التي تقرر أنها ستبدأ مرحلة جديدة من الحياة فيها التجديد والعطاء ، وتغيير نمط وأسلوب العلاقات ، وتقبل الواقع و إبتعاد الأبناء ، فإنها تكون قادرة على التقدم بمراحل الشيخوخة بهدوء وطمأنينة .

وبالتالي فإنه من الضرورة نشر الوعي بين النساء ، بأن مرحلة التغيير هي مرحلة لا بد منها ولا بد من التأقلم والتكيف مع متطلباتها ، بما يحقق التكيف النفسي و الإجتماعي والعائلي .

إن مرض باركنسون ليس له علاج فعّال ويستمر إلى درجة إقعاد المريض وطرحه بالفراش ، مصحوباً بتدهور قدراته العقلية ، مما يجعل الأمر يتحول إلى الرعاية الطبية والنفسية والإجتماعية أكثر من الشفاء

إرتبطت النفس بالقلب إرتباطاً وثيقاً عبر تاريخ البشرية ، فقد عبر البشر عمّا في نفوسهم وأظهروا إنفعالاتهم بتغير ضربات القلب وسرعتها وأحاسيس مختلفة في الصدر عزيت كلها للقلب

46- رعايـــــة كبــــار الســـــــن

إعتاد المجتمع العربي والإسلامي على رعاية كبار السن كجزء من قيمه وعاداته مبادئه الدينية ، وخلال العقود الثلاثة الماضية طرأ على المجتمع تغيّرات عديدة منها :

1. إزداد معدل عمر الإنسان وبالتالي إزداد عدد كبار السن تدريجياً ، ولكنه ما زال أقل من الدول الصناعية ، ومن المتوقع إستمراره في الزيادة .
2. تغيير التركيب الأسري ، وتقلص عدد وحجم الأسر الممتدة التي كانت تجمع ثلاثة أجيال يقوم فيها الأصغر بخدمة الأكبر سناً ، وبدأ التوجه نحو الأسرة النووية المحددة ، من الزوجين والأولاد والعيش بعيداً عن الأسرتين لكلا الزوجين.
3. تغير وضع المرأة الأردنية ، خرجت للتعليم والعمل وأصبحت تحمل أعباء خارج البيت بالإضافة لأعباء التربية وإدارة شؤون البيت وأصبح الكثير من النساء مضطرين للإستعانة بالمربية والخادمة وضاق الوقت في رعاية الوالدين أو أي كبار في السن من طرف عائلتها أو عائلة الزوج . ورافق هذا تغيرٌ في المعيار الإجتماعي والديني في العديد من الأسر .
4. تطورت الخدمات الصحية والإجتماعية ، وأصبح هنالك وعي لدى المواطن بضرورة الحصول على هذه الخدمات ، وأصبح البعض يعلق الآمال على هذه الخدمات أكثر مما تتحمل ، وكأن التقدم في السن يجب أن يعالج طبياً .
5. كان هناك تباين واضح بين خطي التطور المادي و الإستهلاكي من جهة وبين التغير في القيم والأخلاق والمعايير الإجتماعية من جانب آخر ، مما أدى إلى إرتباك في العلاقات الإجتماعية أثرت على وضوح الرؤية في مسؤولية رعاية كبار السن .

كل هذه العوامل جعلت من رعاية كبار السن أمراً معلقاً ، فمن جانب ما زال هناك العائلة والعشيرة تطالب الأفراد برعاية كبار السن ، وما زال الواجب الديني قائم ، ولكن إبتعاد الأسر وتوزع الأبناء و إغترابهم وعدم قبول فكرة بيوت كبار السن على إعتبار أنها ملاجئ للتخلص منهم ، وقبول فكرة المستشفى العام ليشفى المريض ويتعافى في عمر الثمانين من العديد من الأمراض المزمنة والخرف ، أما اللجوء لأقسام كبار السن في المستشفيات النفسية فما زال هاجس ووصمة أكبر من التحمل .

الحقيقة العلمية المعروفة الآن فهي أن النفس موجودة في الدماغ على هيئة مراكز عصبية وخلايا متشابكة تعمل كهربائياً وكيماوياً لتنظيم الوظائف النفسية والعقلية للإنسان ، كالتفكير و الإنفعالات والمزاج والخوف والراحة و الإستمتاع والقدرات العقلية والشخصية والإبداع ، وتتحكم بالعواطف والحب والجنس والغرائز ، كما تقوم بعمليات عقلية معقدة بالإنتباه والتركيز وخزن معلومات و إستعادتها عند الحاجة

في حالات الفزع والقلق والخوف فإن المريض يشكون بضيق في الصدر وحشرة وضيق نفس وضربات قلب سريعة ، وفي الكآبة يشكي من الهم والغم وكأنها في صدره وثقل على الصدر

أصبح الآن من المعروف أن القلق والإكتئاب الفزع وغيرها من الأمراض النفسية إذا أهمل علاجها وتركت فإنها تزيد من إحتمال حدوث أمراض القلب ، وغيرها من المشاكل النفسجسدية كقرحة المعدة ومشاكل القولون وبعض الأمراض الجلدية

العام الدولي للمسنين 1999

في الأول من تشرين أول عام 1998 أعلن كوفي عنان الأمين العام للأمم المتحدة سنة 1999 عاماً دولياً للمسنين وقال : (إنه من المناسب إعتبار العالم الأخير من الألفية عاماً لكبار السن تحت شعار نحو مجتمع لكل الأعمار ، بحيث لا يصنف كبار السن في المجتمع كمتقاعدين بل يظلون عناصر فعالة في التنمية و منتفعيه منها) .

خلال السنوات الماضية إستمر التغير الديموغرافي في العالم من حالة إرتفاع معدل المواليد ومعدل الوفيات إلى إنخفاض كلا المعدلين ، والآن فإن مواطن من كل عشرة في العالم فوق سن الستين ، ولكن في عام 2050 سيكون هناك مواطن من كل خمسة فوق الستين ، وفي عام 2150 فسيكون مواطن من كل ثلاثة فوق الستين . كما يتوقع أن من تجاوز الثمانين من العمر سترتفع نسبتهم من 10% الآن إلى ثلث كبار السن في عام 2150 ، ويتفوق عدد الإناث على عدد الذكور بين كبار السن . وسرعة هذه التغيرات أكبر في الدول النامية من الدول المتقدمة ، وسيكون اللحاق بها من حيث رعاية كبار السن عبئاً على المجتمعات والدول النامية ، وسوف ينقلب الهرم السكاني من هرم قاعدته العريضة من الصغار ورأسه من كبار السن إلى هرم فيه كبار السن يفوق عدد الصغار .

وقد حدد منظمة الصحة العالمية مبادئ خمسة في رعاية كبار السن :

1. **الإستقلال** : يجب أن يحصل كبار السن على الطعام الجيد الكافي ، والمياه الصالحة للشرب والسكن والملبس والرعاية الصحية ، من خلال الدخل الشخصي ومساعدة العائلة والمجتمع . وأن يبقى المجال مفتوحاً أمامهم للعمل إذا إستطاعوا ، وأن يكون لهم رأي في توقيت وكيفية التقاعد ، ويبقى حقهم قائم في التدريب والتعليم إذا رغبوا بذلك وأن توفر البيئة الآمنة المناسبة لهم ولقدراتهم وأن يعيشوا في بيوتهم ويتمتعوا بالإستقلال لأطول فترة ممكنة .
2. **المشاركة** : لابد أن يبقى كبار السن مندمجين مع المجتمع ويشاركوا في وضع السياسات التي تؤثر على رفاهيتهم ، وأن يقدموا المهارات والخبرات للشباب ، وذلك بتوفير فرص التطوع وخدمة المجتمع المحلي بقدر ما تسمح لهم ظروفهم وخبراتهم . وأن يكون لهم فرصة تأسيس جمعيات تهتم بأمورهم .

3. **الرعاية** : لا بد أن يحصل كبار السن على الرعاية من الأسرة والمجتمع ، وأن يتوفر لهم الحماية اللازمة حسب ما تمليه ثقافة ومعايير المجتمع ، وبالتالي لا بد من توفير الرعاية الصحية الجسدية والنفسية والرعاية الإجتماعية والخدمات القانونية التي ترعى حقوقهم . كما لا بد من توفير والمؤسسات التي تقدم الرعاية لمن يحتاجها منهم وبأسلوب إنساني ، يحترم حقوقهم كبشر ويلبي رغباتهم ما أمكن .

4. **تحقيق الذات** : يجب أن يتوفر لمن يرغب من كبار السن أن يستمر في تحقيق طموحه وإستغلال طاقته ، وبالتالي لا بد أن يبقى المجال مفتوح أمامه للإستفادة من خدمات التعليم والثقافة والدين والترفيه .

5. **الإحترام** : يجب أن يعيش كبار السن بإحترام ووقار وأمان . بعيداً عن كافة أشكال الإستغلال أو الإهانة والإساءة المادية والمعنوية وأن يعاملوا معاملة حسنة بغض النظر عن العمر والجنس والأصل والمرض والدخل .

المجتمع الأردني مجتمع شاب لا زال أكثر من نصف سكانه على مقاعد الدراسة ، وبالتالي فإن عدد المسنين محدود ولو وقمنا بتحليل أعمار أي أسرة فسنجد أن أكثر من نصف الأسرة دون العشرين والبقية أقل من ستين وقد لا يصل عدد من تعدوا الستين أكثر من إثنين لكل مائة شخص ، ولكن خلال السنوات القادمة سينعكس هذا الترتيب وسيزداد عدد كبار السن تدريجياً مما يجعل رعايتهم من الهموم الأسرية والإجتماعية والوطنية ، وخصوصاً إذا أخذنا بعين الإعتبار زيادة الحاجة للرعاية مع تقدم السن .

يتوافق تقدم السن مع العديد من التغيرات ، لابد من أخذها بعين الإعتبار .

أ- **التغيرات الفسيولوجية** : هناك تغيرات طبيعية فسيولوجية للإنسان مع تقدم العمر تصبح أكثر وضوحاً في العقد السابع والثامن ، ومنها بطء الحركة ، وقلة النشاط ، وعدم تحمل الأعباء الجسدية مثل البرد والحر الشديد ، وعدم تحمل الأمراض البسيطة كالرشح و الإلتهابات المختلفة ، كما يلاحظ أن السمع والبصر يتأثرا تدريجياً مما قد يسبب نوع من العزلة للمسن .

ب- **التغيرات النفسية** : عندما يصل المسن للعقد السابع ، قد يتقاعد أو يوقف عن العطاء ، ويشعر بعدم الفائدة والإنتاجية ، يكبر الأبناء ويستقلون ، ويقل

الإنسان المكتئب يتوقف عن مقاومة المرض ويتوقف عن التفكير الإيجابي والتعلق بالحياة ، مما يؤدي ذلك إلى إستسلام وضعف ووهم وما ينتج عنه من ضعف في جهاز المناعة ومقاومة الأمراض

أن الإكتئاب من أكثر الأمراض شيوعاً في العالم ، وأن الإنسان المكتئب يفقد الحماس والرغبة في الشفاء ، وأن الواجب الملقى على عاتق ذويه وأطبائه وكل من حول الإنسان أن يتنبه للإكتئاب ويتعامل معه بالأسلوب العلمي الصحيح

إن العلاقة بين الإضطرابات النفسية والسكري ذكرت منذ عام 1889 عندما قال السير هنري مود ربي بأن السكري في العادة يظهر في النساء اللواتي يعانين من إضطراب عقلي

الضغوط النفسية تلعب دوراً مهماً في إحداث السكري وإستمراره وتفاقمه ، وخصوصاً الأشخاص الذين يميلون إلى القلق والعدوانية والكآبة فإنهم أكثر عرضة من غيرهم

ت- تدريجياً إعتمادهم على الأسرة ، كثيراً ما يعيد المسن حساباته فيشعر أنه لم يحقق ما يريد ، أو أنه كما بالإمكان أحسن مما كان ، ويبدأ الأقران بالدخول في الأمراض والمشاكل وتتابع الوفيات ويصبح هاجس الموت يخيم على أفكاره ، خصوصاً عند وفاة شريك الحياة .

ث- **التغيرات الإجتماعية** : إن خروج الأبناء والبنات من الأسرة للزواج و الإستقلال و إبتعاد هم تدريجياً ، قد يخلق جواً من الوحدة والعزلة ، خصوصاً في المجتمع الأردني حيث المباني و الإسكانات الحديثة والتي لا تراعي متطلبات كبار السن .

ج- **التغيرات المرضية** : تتراكم الأمراض مع تقدم العمر وقد تظهر مضاعفات الأمراض السباقة كالضغط والسكري كما تظهر أمراض جديدة ، وتزداد معدلات الأمراض النفسية كالإكتئاب والقلق ، ويهدد الخرف كيان كبار السن ، خصوصاً أنه قد يصل إلى 5 % بعد سن الخامسة والستين .

ح- **التغيرات الإقتصادية** : في كثير من الأحيان يقل الدخل مع الشيخوخة ، أو يتوقف ويصبح المسن معتمداً على غيره في متطلبات الحياة مما يسبب له الكثير من الحرج والمهانة ، وفي الأحوال التي يكون فيها المسن قد بنى ثروة تزداد المطامع فيه وفي ثروته ، مما لا يجعله يشعر بالأمان ولا الثقة حتى مع أقرب الناس إليه .

خ- **التغيرات الثقافية** : يشعر الذين يتقدم بهم السن أن الوقت ليس وقتهم وأن العصر أصبح للشباب ، وحتى في وسائل الترفيه لا يجد المسن إلا الأغاني الحديثة ، والمواضيع البعيدة عن إهتمامه ، وأنه نادراً ما يحسب حسابه في أي شيء .

د- **التفكير في أسلوب تعامل الناس** : يشكو كبار السن من أنهم كثيراً ما يعاملون بطريقة لا يحبونها ، مثل التحدث إليهم بصوت مرتفع وهم لا يعانون من ضعف في السمع أو البصر ، محاولة الملاطفة الزائدة والمساعدة في قطع الشارع دون وجود حاجة لذلك وعدم إكتراث العائلة والأطباء لشكوى المسن على إعتبار أن قلة النوم أو فقدان الشهية أو غيره من المشاكل ما هي إلا أعراض شيخوخة مما يحرمهم الكثير من حقوقهم .

من المعروف أن الإرتفاع الحاد في سكري الدم أو الإنخفاض الحاد قد يؤدي بشكل من الأشكال إلى تدهور في قدراته العقلية وقد يساعد على حدوث الخرف في الحالات التي لا يتم فيها السيطرة على السكر ويحدث فيها تصلب للشرايين

ذ- **التهديدات القانونية** : يواجه كبار السن كثيراً التهديد بالحجر والوصاية ولأتفه الأسباب أو دون مبرر . و يوحى لهم من حولهم أن القانون يعطي الإبن الحق في التصرف بأموال والده بكل بساطة ، مما يخيف المسنين من إجراء فحص طبي أو زيارة طبيب رغم معاناته من الصداع أو الأرق مثلاً .

ر- **توقف الإنتاج** : عادة ما يحال الناس للتقاعد دون تحضير مسبق ، ودون وجود خطة لقضاء وقت الفراغ ، وحتى ربة البيت يطلب منها التوقف عن إعداد الطعام ، أو التدخل في أعمال البيت لأن زوجة إبنها أو إبنتها أو الخادمة هي التي ستقوم بذلك ، ولا يتوفر في مجتمعنا أي بديل للإنتاج مما يعطي المسن الشعور بعدم الجدوى من الحياة و إستمرارها ، ويصبح وقت الفراغ طويل والحياة مملة .

ز- **فقدان الفرصة للتعبير عن الرأي** : يستولي الأصغر على زمام الأمور ويقل بشكل تدريجي تشاوره من الوالدين ، ويبدأ بالإعتراض على كل رأي يقدماه ، ويبدأ بعض الأبناء والأحفاد بإتخاذ القرارات نيابة عن المسن في مأكله وملبسه ومشربه ، ومكان إقامته ، ويصادر حقه في إبداء الرأي دون وجود مبرر سوى التقدم في العمر .

كل هذه التغيرات لا بد من أخذها في الإعتبار للتمسك بالمبادئ الخمسة المعلنة من الأمم المتحدة والتي سبقها الإسلام بتعاليمه بأكثر من ألف عام .

السكري يؤثر على الوظائف الجنسية وهناك تشابك بين الآثار على الجهاز العصبي والآثار المباشرة على الأوعية الدموية والآثار النفسية وآثار الأدوية وكذلك آثار القلق والإكتئاب الشائع في مرضى السكري

متطلبات رعاية كبار السن :

1. **دور العائلة** : لا بد لنا من التمسك في هذا الدور لأهميته البالغة والتشديد عليه في تربيتنا وإعلامنا ، وتوجيهات الأئمة والوعاظ والمدارس ، كما لا بد أن يعطي المجتمع والدولة الدعم للأسر التي ترعى كبار السن ، وأن تراعي الدولة في خطط التنمية متطلبات كبار السن وزيادة عددهم في الأعوام القادمة .
2. **الخدمات** : لا بد من توفير الخدمات الطبية والإجتماعية والترفيهية والرعاية التي تصل المسن في بيئته ، وتوفير الكوادر القادرة على تقديم هذه الخدمات . من بيوت مناسبة لبعض كبار السن ، ومراكز للتجمع ، وأقسام خاصة في المستشفيات .

3. **إحترام المبادئ الخمسة السابقة** : من قبل كل أفراد المجتمع ومؤسساته الحكومية والخاصة والتطوعية .

4. **المتطلبات الطبية** : تدريس طب الشيخوخة في كليات الطب وضمن برامج التعليم الطبي المستمر وتوفير كوادر طبية قادرة على تشخيص ومعالجة كبار السن وكوادر تمريضية تصل كبار السن في أماكنهم .

يجدر بنا جميعاً أن نفكر كيف نرغب أن يكون وضعنا خلال السنين القادمة إذا كتب لنا أن نصبح من المسنين وما نقبله لأنفسنا هو الذي نقبله للمسنين اليوم وغداً وفي كل وقت .

رعاية مريض السكري ليست مقتصرة فقط على ضبط السكر ونسبة وفحوصات الدم ، بل هي عملية طبية نفسية إجتماعية متكاملة

بعد إنقطاع الدورة وظهور أعراض الهبات الساخنة وخلافها ، فإن بعض النساء يشعروّن بإرتياح نفسي وإنتهاءالإحتياطات منعاً للحمل، وينظروّن للتغيير على أنه إيجابي. وهناك نسبة من النساء قد تعانين من الضيق، والملل، والضجر، والتوتر، بسبب الهبات الساخنة والإعتقاد بأن هذا مؤشر على تقدم العمر مما يدفع ببعض النساء لتغيير نمط حياتهن

47 – المشاكـــــــــل النفسيـــــــة عند كبــــار الســــــن

أن كبار السن أكثر عرضه من غيرهم للمشاكل النفسية .

ولهذا أسباب عديدة منها :

1. **الشعور بعدم الجدوى** : الرجل المتقاعد أو سيدة البيت التي تجد نفسها قد أعفيت من معظم مهامها ، أو غير قادرة عليها ، يصبح لديهم شعور أن الحياة لم تعد مهمة وأنهم يعدوا للرحيل عن هذه الدنيا ، ويأسفوا لعدم جدواهم أو لعدم تقدير المجتمع لهم ، ويتولد لديهم مشاكل الحزن والإحباط .

2. **الشعور بالوحدة** : مع تقدم العمر وخروج الأبناء وإستقلالهم وبداية تصدع الأسرة الممتدة في مجتمعنا ، أصبح كبار السن يشعرون بالعزلة والوحدة وكما أن المجتمع لم يقر بديل للأسرة الممتدة كالنوادي المراكز الخاصة لكبار السن .

3. **ضعف الحواس** : ضعف النظر والسمع يؤدي لزيادة الشعور بالوحدة و الإنقطاع عن القراءة أو متابعة المذياع والتلفاز .

4. **المشاكل الصحية** : تتكاثر المشاكل الصحية ومضاعفاتها ، مثل الضغط وتصلب الشرايين والسكري وأمراض المفاصل وغيرها ، مما يؤثر على معنويات الكبار ، ويجعلهم كثيري الإهتمام بالوضع الصحي ومخاطره و الإهتمام بالموت وما قد يسبقه من عذاب .

5. **أستعمال الأدوية** : غالباً ما تجد كبار السن يتناولوا العديد من الأدوية لمعالجة المعدة والسكري والمفاصل وغيرها ، وكثيراً من هذه الأدوية لها مضاعفات نفسية أكيدة .

6. **الذاكرة** : أن تدهور الذاكرة يتفاوت من شخص لآخر ولكن كبير السن يخاف من هذا التدهور وقد تنهار معنوياته إذا لم يستطيع تذكر أمر ما

7. **موقف المجتمع من كبار السن** : التعامل الفظ معهم وعدم الإحترام ومعاملتهم كمعاقين يجعل في نفوسهم آلام مزعجه .

وبناء على هذه الأسباب فإن المشاكل النفسية المتعددة يمكن أن تتمحور حول:

1. **القلق النفسي** : وهذا إما أن يكون قديم ويتفاقم أو يبدأ في السن المتقدمة
2. **المخاوف المرضية** : كالخوف من الموت والمرض .
3. **الوسواس القهري** : غالباً ما يكون قديماً ولكن يزداد مع النسيان والفراغ والوحدة .
4. **الإكتئاب** : يشيع بين كبار السن وقد يصل إلى ربعهم وغالباً مالاً ينتبه له الأهل و لا طبيب الأسرة ، ويعتبروا كآبة الكبار جزء من الشيخوخة .
5. **الأمراض الذهانية** : مثل الذهان الزوري وما يرافقه من شكوك في أقرب الناس ، والجيران والأصدقاء ، والإعتقاد بأن الناس تريد سرقة ماله وحاجاته . وقد يصل الأمر بتقديم شكاوي للجهات الأمنية .
6. **الخرف** : إن إنتشار الخرف بأنواعه المختلفة يزداد مع تقدم العمر وخصوصاً مرض الزهايمر وهذا يتطلب الكثير من الرعاية ويضع عبء على شريك أو شريكة الحياة .

الرعاية النفسية المناسبة لكبار السن تطلب عدة أمور :

1. توفير مراكز خاصة بكبار السن في محيطهم حيث يجتمعوا ويمارسوا النشاطات و يتبادلوا الحديث والعلاقات .
2. التركيز على عدم تشتت العائلة الممتدة .
3. توفير الخدمات النفسية الخاصة بكبار السن .
4. تخصيص برامج تلفزيونية وإذاعيه خاصة بالشيوخ .
5. التركيز على الدور الديني في رعاية كبار السن .

المرأة التي تقرر أنها ستبدأ مرحلة جديدة من الحياة فيها التجديد والعطاء ، وتغيير نمط وأسلوب العلاقات ، وتقبل الواقع و إبتعاد الأبناء ، فإنها تكون قادرة على التقدم بمراحل الشيخوخة بهدوء وطمأنينة

الإستقلال : يجب أن يحصل كبار السن على الطعام الجيد الكافي ، والمياه الصالحة للشرب والسكن والملبس والرعاية الصحية ، من خلال الدخل الشخصي ومساعدة العائلة والمجتمع . وأن يبقى المجال مفتوحاً أمامهم للعمل إذا إستطاعوا

48- البلـــــــــــوغ

الحياة الجنسية في سن البلوغ والمراهقة مرحلة هامة من مراحل التطور الجنسي ، وهي حصيلة عدة عوامل بيولوجية تؤثر في المظاهر الجسدية والدوافع النفسية الجنسية ، وهذا يلفت إنتباه الفرد إلى جسمه وأحاسيسه ، ويدخل في عملية إعادة رسم صورته عن نفسه بسبب هذه التغيرات ، والتغيرات الجسدية والنفسية تبدأ من منطقة تحت المهاد في الدماغ والتي تؤدي إلى إنطلاق هرمونات الغدة النخامية ، وينعكس تأثيرها على الغدد الجنسية وهي المبيضين في الأنثى والخصيتين في الذكر .

مع أن عملية البلوغ بيولوجية إلا أن هناك تأثير للمجتمع على التغيرات النفسية والجنسية عبر سلسلة المفاهيم والقيم والمعتقدات والتقاليد والمثل ، كما أن هناك تأثير للمناخ وجغرافية المنطقة ، ومن المعروف أن سن البلوغ يتأخر في المناطق الباردة عن المناطق الحارة ، وكما أنه قد إنخفض في كثير من الدول عبر القرون ، وبكل المتغيرات فإن المؤكد أن البلوغ ينقل الطفل إلى فترة المراهقة والتي يتطور فيها الفرد للوصول إلى البالغ بكل ما في ذلك من سلوك وشعور وقدرات على إقامة العلاقة الزوجية والإنجاب كما يحددها كل مجتمع بتقاليده .

في حدود سن الثانية عشرة يزيد إفراز الهرمون الذكري التستسترون لدى الأولاد ، ويستمر في التصاعد حتى سن 15-17 سنة ، ثم يقل التصاعد ويستقر في منتصف العشرينات ، ولا يقتصر التغير على هذا الهرمون بل أنها سلسلة من التطورات تعمل على إحداث التغيرات الجسدية التي تسمى المظاهر الجنسية الثانوية المميزة للبلوغ ، فيتسارع نمو الخصيتين وكيس الصفن ، وينمو شعر العانة ، وبعدها بعام ينمو القضيب بالحجم ويرافق ذلك نمو الأجزاء الداخلية كالبربخ و البروستات ، ويحدث الإحتلام والقذف لأول مرة بعد سنة من نمو القضيب ، وفيما بين سن 10-16 سنة تحدث طفرة سريعة من النمو الجسدي يعقبها بسنة ونصف تقريباً تغير الصوت ، ويظهر لدى ثلث الأولاد تضخم بسيط في الثدي في منتصف تغيرات البلوغ ولكنه ما يلبث أن يعود لحجمه الطبيعي

لا بد أن يحصل كبار السن على الرعاية من الأسرة والمجتمع ، وأن يتوفر لهم الحماية اللازمة حسب ما تمليه ثقافة ومعايير المجتمع

يجب أن يتوفر لمن يرغب من كبار السن أن يستمر في تحقيق طموحه وإستغلال طاقته ، وبالتالي لا بد أن يبقى المجال مفتوح أمامه للإستفادة من خدمات التعليم والثقافة والدين والترفيه

خلال سنة ، ونتيجة للتفاوت الكبير في سرعة مظاهر البلوغ ، فإن هذا يضيف أعباء سن المراهقة ، إذ أن الولد لا يكون بمعزل عن أقرانه ، وهو بحاجة لمعرفة ماذا يحدث عند أصدقائه ولماذا لم يحث عنده أو العكس ، كل هذا وسط تحديد الهوية ورسم التصور الذاتي للجسد والشخصية .

في البنات يكون البلوغ أكثر وضوحاً وتحديداً ، ويبدأ نمو الثدي وشعر العانة بين 9 – 13 سنة ، بينما تكون الدورة الأولى بين سن 11– 15 سنة ، وحالة النمو والتغير لدى البنات تسبق الذكر بسنتين ، مما يؤدي إلى إستكمال وتطور جسم البنت قبل الولد في نفس السن ، مما يجعل الفتاة ترى الأولاد في سنها وكأنهم ما زالوا أطفالاً ، بينما ترى في نفسها صبية يافعة ، ويرتبط بلوغ الأنثى بهرمون الأستروجين ثم يلي ذلك على مدى السنوات تداخل الهرمونات الأنثوية وما تشكله من دورة شهرية ، تنقطع في فترات الحمل والرضاعة ، ومن التغيرات الجسدية الجنسية في البنات إستدارة الأرداف والجسم وتجمع الدهون بما يعطي التوزيع الأنثوي ، وما يرافق هذا من إهتمامات بالجنس الآخر ، والرغبة في تحقيق الهوية الصورة الأنثوية الجمالية كما يراها المجتمع ، و الإهتمام باللباس والشعر و الماكياج ، ومحاولة تقليد الأم والمرأة .

المراهقة والبلوغ يستعملان خطأ كتعبيرين مترادفين ، والواقع أنهما أمرين مختلفين ، فالبلوغ ينقل الطفل إلى بالغ من الناحية الفسيولوجية العضوية ، ولكن المراهقة تنقل الطفل إلى بالغ من الناحية النفسية والعاطفية و الإنفعالية و المسلكية ، وبالتالي فالمراهقة تبدأ مع البلوغ وتنتهي في سن الثامنة عشرة وتقسم إلى مرحلتين أو ثلاثة ، وليس هناك ما يبرر النظر للمراهقة على أنها حالة مرضية أو فترة مشاكل ، بل إنها مرحلة مهمة في تطور الفرد ولا بد من إعطائها الإهتمام اللازم وفهم متغيراتها وتطوراتها ، وإن كان للمراهقة إرتباط بالسلوك الجنسي فلا غرابة في ذلك إذ أن الدوافع الجنسية تتصاعد وتنطلق ، ولكن القيود الإجتماعية والدينية لا تسمح لها أن تترجم بالإشباع الفعلي ، وهذا يؤدي إلى كون الإستمناء ظاهرة شبه عامة في هذه الفترة من حياة الناس ، وقد كان هذا الأمر مختلفاً في عصور سابقة ، وفي بعض المجتمعات المتقدمة والنامية ، فهذه الفترة

يجب أن يعيش كبار السن بإحترام ووقار وأمان . بعيداً عن كافة أشكال الإستغلال أو الإهانة والإساءة المادية والمعنوية وأن يعاملوا معاملة حسنة بغض النظر عن العمر والجنس والأصل والمرض والدخل

هناك تغيرات طبيعية فسيولوجية للإنسان مع تقدم العمر تصبح أكثر وضوحاً في العقد السابع والثامن ، ومنها بطء الحركة ، وقلة النشاط ، وعدم تحمل الأعباء الجسدية مثل البرد والحر الشديد ، وعدم تحمل الأمراض البسيطة

ترتبط بمراحل الدراسة و الإنتقال من المدرسة للمعاهد العليا ، وعلى المراهق أن يبذل قصارى جهده في الحصول على أعلى الدرجات وتحقيق طموح وآمال كبيرة أحياناً ، وأن يؤجل الإشباع الجنسي إلى العشرينات من العمر ، ولا بد أن يؤخذ هذا في الإعتبار عند صياغة السياسة التربوية ، ومع الأسف فقد درج مجتمعنا على إغفال هذه القضايا وكأنها ليست موجودة ، مع أن الإهتمام بها يساهم في تربية جيل متوازن عاطفياً ونفسياً وجنسياً .

49 – الإثـــارة الجنسيـــــة عند المـــــرأة

لقد أنكرت الثقافة البشرية على مدى التاريخ دور المرأة في العلاقة الجنسية كشريك كامل الحقوق ، وله القدرة على الإستمتاع ، و أعتبرت الجنس نشاط ذكري يقوم به الذكر ويستمتع به ، بينما تؤديه المرأة كواجب ، وحتى الحمل فقد خيل للقدماء أن الرجل يقدم الجنين وتستقبله الأنثى وتحمله وتغذيه ليكبر ، ولم يكن هناك دراسات جادة في موضوع الجنس خصوصاً عند المرأة إلا في القرن الأخير ، وخصوصاً في العقود القليلة الماضية .

لازالت هناك صعوبة في تفسير الدافع الجنسي عند الأنثى والذكر تفسيراً دقيقاً ومفصلاً ، إلا أننا نستطيع القول بأن هذا الدافع موجود في كلا الجنسين ، وفيه بعض الشبه مع الدوافع الأساسية للإنسان كالجوع والعطش ، من حيث تجمع قوة الدافع بالحرمان ، وقلة الدافع بالإرضاء والإشباع ، والإرضاء يعطي شعور بالمتعة ، وهذه ضرورة في الحياة ليس لمجرد التكاثر فحسب ، بل لتشجيع الإنسان على الحياة وموازنة ما يعانيه من هموم ببعض المتع ، وإذا تساوت الظروف فإن الدافع الجنسي عند المرأة لا يقل عنه عند الرجل ، مع أن هناك بعض الفروق فالمرأة أقل إثارة بالمثيرات البصرية ، ولكنها أثارة بالمثيرات الصوتية ، والكلامية والنفسية ، وهذا يعني أن منظر الرجل العاري لا يثير المرأة ، كما هو الحال في إثارة الرغبة لدى الرجل عند رؤيته لجسم المرأة عارياً أو أجزاء منه ، ولكنها قد تثار أكثر ببعض كلمات وهمسات فيها حب وغريزة وعواطف ، وهنا يلاحظ أن الإثارة الجنسية عند الأنثى أكثر إرتباطاً بالعواطف

عندما يصل المسن للعقد السابع ، قد يتقاعد أو يوقف عن العطاء ، ويشعر بعدم الفائدة والإنتاجية ، يكبر الأبناء ويستقلون ، ويقل تدريجياً إعتمادهم على الأسرة ، كثيراً ما يعيد المسن حساباته فيشعر أنه لم يحقق ما يريد ، أو أنه كما بالإمكان أحسن مما كان

تتراكم الأمراض مع تقدم العمر وقد تظهر مضاعفات الأمراض السابقة كالضغط والسكري كما تظهر أمراض جديدة ، وتزداد معدلات الأمراض النفسية كالإكتئاب والقلق ، ويهدد الخرف كيان كبار السن

والعلاقات القائمة من الرجل ، ويلاحظ أيضاً أن الدافع الجنسي عند المرأة يتأخر في الظهور وهو أقل إلحاحاً من الدافع عند الرجل ، هذا بالإضافة إلى أن الدافع الجنسي عند الرجل يتنبه تلقائياً ودون الحاجة للمؤثرات الخارجية ، بينما تحتاج المرأة للإثارة الخارجية أو الموضعية في أجزاء من جسمها ، ومعروف أن الرجل تتحدد مواقع إثارته بشكل رئيسي بالإعضاء التناسلية ، بينما تتوسع هذه المواقع عند المرأة لتشمل مناطق أخرى كالفم والنهدين والحلمتين ، والعنق بامتداده إلى خلف الأذن ومنطقة وسط البطن وداخل الفخذين ، وأما الأعضاء التناسلية فإن البظر والذي يساوي في منشأه الخلقي القضيب لا يخدم إلا غرض المتعة والإثارة ، أما المهبل فإن ثلثه الخارجي يحوي على أعصاب حسية يمكن أن تثار أما الجزء الباقي فلا تتوافر فيه هذه الأعصاب .

في كثير من الأحيان يقل الدخل مع الشيخوخة ، أو يتوقف ويصبح المسن معتمداً على غيره في متطلبات الحياة مما يسبب له الكثير من الحرج والمعاناة

الإستجابة الطبيعية الجنسية للمرأة تقسم إلى أربعة مراحل :

المرحلة الأولى : دور التهيج

يتساوى في المدة عند المرأة والرجل ، وهو يهيئ المرأة للجماع ويظهر في تغير حجم ولون الثدي والحلمة ، فالحلمة تنتصب و يحتقن الثدي وتبرز أوردته تحت الجلد ويزداد حجمه ، ويحدث تورد في لون الجلد في أعلى البطن وقد يمتد إلى الصدر والثدي ، ويزداد النبض والتنفس ويرتفع ضغط الدم ، ويزداد التوتر العضلي ، ويرتفع الشفران الأعظمان ويبتعدا عن فتحة المهبل ، أما الشفران الأصغران فإنهما يزيدان حجماً إلى حوالي الثلاث مرات ، ويبرزان للخارج وكأنهما بذلك يزيدان من عمق المهبل ، يتوسع المهبل ويفرز سائلاً وإفرازات تعمل على ترطيب المدخل ، وهذا يحدث خلال أقل من نصف دقيقة ، ويتغير لون جدار المهبل بسبب الإحتقان ، وكل هذه التغيرات تسهل عملية الإيلاج .

يواجه كبار السن كثيراً التهديد بالحجر والوصاية ولأتفه الأسباب أو دون مبرر. و يوحى لهم من حولهم أن القانون يعطي الابن الحق في التصرف بأموال والده بكل بساطة

المرحلة الثانية : دور الهضبة

يستمر الإحتقان في الفرج والمهبل ، وتقل سعة المهبل ، ويبدو وكأن البظر قد أختفى وراء الشفرين الأصغرين ، وهذه المرحلة تمثل حالة إثارة جنسية شديدة ، وهذا الدور إما أن يهيئ المرأة للذروة الجنسية ، أو ينتهي بالفشل ، وبالتالي فإن

هذه المرحلة تتفاوت في حدوثها من أنثى لأخرى ، وفي نفس المرأة بين إستجابة جنسية وأخرى ، معتمدة على عوامل نفسية وفسيولوجية عديدة ، وهو بذلك لا يتوافق من حيث الزمن مع مرحلة الهضبة عند الرجل والتي تستغرق من دقيقتين إلى ثلاث دقائق فقط ، بينما تطول عن ذلك في الأنثى .

المرحلة الثالثة : دور الذروة

يمهد الدور السابقة لبلوغ الذروة ، والواقع أن الأنثى في بعض الحالات ، قد تكتفي بذروة الإثارة في الدور السابقة ودون الحاجة لوصول للمرحلة الثالثة ، كما يمكن لهن معاودة الذروة مع البقاء في نفس الدور ، وفي الذروة يحدث تقلص متواتر وإيقاعي في الثلث الخارجي من المهبل ، وتحدث حركات دافعة للحوض ، وتقلصات الذروة التي تحدث في المهبل تتابع بفاصل زمني مدته ثمانية أعشار الثانية بين تقلص وآخر ، ويبلغ عدد التقلصات بين 3-15 في كل ذروة ، وتزداد القوة بين التقلص والذي يليه بعد الثلاث تقلصات الأولى ، وحصيلة الذروة تعتمد على شدة هذه التقلصات وعددها ، ويمكن أن تتكرر الذروة مرتين أو أكثر بشكل متتالي دون فترة إستراحة وفي أحوال نادرة قد تحث حالة ذروية متواصلة بدون فواصل لمدة تصل إلى مابين 20-60 ثانية .

المرحلة الرابعة : دور الإنحلال – الذبول

وهذه تحدث في الثلث الخارجي للمهبل ، يزول الإحتقان الدموي بسرعة ، وأما الثلثين الداخليين فإن إنعكاس عملية التوسع فيهما يكون أبطأ ، ويظهر البظر من جديد بعد 10 ثواني ويزول الإحتقان بعد 15 دقيقة من البظر ، ولكن إذا لم تصل المرأة للذروة فإن زوال عملية إحتقان البظر قد يستغرق عدة ساعات .

تدريس طب الشيخوخة في كليات الطب وضمن برامج التعليم الطبي المستمر وتوفير كوادر طبية قادرة على تشخيص ومعالجة كبار السن وكوادر تمريضية تصل كبار السن في أماكنهم

الرجل المتقاعد أو سيدة البيت التي تجد نفسها قد أعفيت من معظم مهامها ، أو غير قادرة عليها ، يصبح لديهم شعور أن الحياة لم تعد مهمة وأنهم يعدوا للرحيل عن هذه الدنيا

50- الإثـــارة الجنسيـــة عنـــد الرجـــل

هناك أوجه من التشابه و الإختلاف بين الرجل والمرأة في الإثارة الجنسية ، والتشابه الأساسي هو في وجود أربعة أدوار للإثارة عند الجنسين ، مع أن طبيعة كل مرحلة ومدتها قد تختلف ، ولو إستعرضنا هذه الأدوار في الرجل لوجدنا فيه ما يفيد في المعرفة الدقيقة للعلاقات الجنسية و السلوك الجنسي للأفراد .

الدور الأول : دور التهيج والإثارة :

وهذه المرحلة قد تبدأ تلقائياً أو على أثر إثارة داخلية أو خارجية ، فالتفكير في الجنس وتخيله وأحلام اليقظة يمكن أن تعطي إشارة الإنطلاق ، كما أن المؤثرات الخارجية كالصور والأحلام والموسيقى أو الرقص والغناء قد تلعب دوراً مباشراً أو غير مباشر في الإثارة . كما أن هناك مثيرات جسدية حسية مباشرة مثل اللمس والإحتكاك في المناطق التناسلية أو حتى غيرها من أجزاء الجسم ، وما أن تبدأ الإثارة حتى يرتفع التهيج تدريجياً ويرافقه تغيرات فسيولوجية ، وقد يستغرق هذا الدور بضع دقائق وتصل أحياناً إلى عدة ساعات ، تبعاً للفرد والظروف المحيطة ، ويبدأ القضيب بالإنتفاخ التدريجي ثم يصل للإنتصاب ، وقد يتم هذا خلال ثواني قليلة ، ولكن قوة الإنتصاب تتراوح من مرة لأخرى ومن شخص لآخر ، و الإنتصاب هو إندفاع الدم في الأوعية الدموية والنسيج الإسفنجي للقضيب ، مما يؤدي لامتلائها ومضاعفة حجم القضيب وتصلبه المؤقت ، ويلاحظ أنه عادة ما يرافق الإنتصاب تقلص كيس الصفن وهو الكيس الذي تكون فيه الخصيتين ، مما يؤدي لإرتفاع الخصيتين في الكيس ، وقد يخرج سائل غير منوي بكمية قليلة أثناء هذه المرحلة ، ويرافق الإنتصاب أيضاً بروز الحلمات ، إرتفاع ضغط الدم ، وزيادة سرعة ضربات القلب والتنفس .

مع تقدم العمر وخروج الأبناء وإستقلالهم وبداية تصدع الأسرة الممتدة في مجتمعنا ، أصبح كبار السن يشعرون بالعزلة والوحدة

الدور الثاني : دور الهضبة

هذه المرحلة الفاصلة بين التهيج والقذف والتي تستمر فيها التغيرات السابقة وقد تزداد ، وقد يستمر هذا الدور بضع دقائق أو عدة ساعات ، وذلك تبعاً للموقف الجنسي ونوع الإثارة ، فإذا كانت الإثارة حسية جسدية مباشرة فقد لا يدوم هذا الوضع طويلاً ، ولكن إذا كانت الإثارة فكرة خيالية ، أو صورية فقد تستمر المرحلة مدة أطول ، وقد يحدث تراجع في الإنتصاب والتغيرات المرافقة له إذا حدث منبه خارجي مثل جرس الهاتف ، ولكن ما تلبث هذه التغيرات أن تستأنف بعد إنتهاء المثير الخارجي ، وقد تنقطع الإثارة الجنسية وتنتهي هذه المرحلة دون الوصول للذروة وهي المرحلة الثالثة

يشيع بين كبار السن وقد يصل إلى ربعهم وغالباً مالاً ينتبه له الأهل و لا طبيب الأسرة ، ويعتبروا كآبة الكبار جزء من الشيخوخة

الدور الثالث : الذروة أو الرعشة الجنسية والقذف

وهنا تصل الإثارة قمتها ويستمر هذا الدور لفترة ثواني قليلة ، ويقسم إلى جزئين ، الأول وهو ما يسمى حتمية القذف ، وفيه تحدث تقلصات في الخصيتين

و البروستات ، ويشعر الرجل أن القذف قد أصبح وشيكاً ولا يمكن تأخيره أو منعه ، وفي هذه المرحلة يسحب الرجل العضو التناسلي من داخل المهبل للقذف خارجه ، إذا كان يتبع أسلوب القذف الخارجي كمانع للحمل ، والجزء الثاني من هذا الدور يأتي نتيجة التقلصات السابقة والتي تصل للحويصلات المنوية ، فيتجمع السائل المنوي ويندفع للإحليل ويتم القذف ، ويرافق القذف إنقباض العضلات المحيطة بالقضيب و الإحليل ، ويترافق القذف مع شعور ممتع يدعى بالذروة ، ومع توالي الإنقباضات العضلية وتدفق السائل المنوي تكون هناك راحة ولذة و إسترخاء عند الرجل .

الدور الرابع : الذبول أو الأفول

هو الدور الأخير من الإستجابات الجنسية عند الرجل ، وفيه تنعكس التغيرات التي تمت في المراحل السابقة ، ويعود إلى وضعه الطبيعي ، ويستغرق هذا الدور 10-15 دقيقة ، وهو يشعر ببعض التعب اللذيذ ، والإسترخاء ، وكأنه قد أخرج من نفسه طاقة كامنة ، وخلال هذه المرحلة يمر الرجل فيما يسمى بدور الحرون أو العصيان وفيه يتعصي عليه القيام بإستجابات جنسية أخرى ، وقد يستمر الحرون دقائق وأحياناً ساعات أو أيام ، حسب الفرد وعمره وظروفه ، وهذا الدور غير موجود عند الأنثى فهي قادرة على البدء من جديد في الإستجابات والحصول على الذروة عدة مرات متتالية ، ولا بد من فهم هذه الأدوار على أنها متغيرة في الوقت والقوة والمتعة والتكرار تبعاً لظروف كثيرة ، من أهمها الإشباع الجنسي أو عدمه ، الإستقرار النفسي ، المكان والزمان ، وطبيعة العلاقة مع الشريكة . ولا يمكن أن ننسى الحالة الصحية للفرد وقدرته على تحمل هذا المجهود .

مع أن عملية البلوغ بيولوجية إلا أن هناك تأثير للمجتمع على التغيرات النفسية والجنسية عبر سلسلة المفاهيم والقيم والمعتقدات والتقاليد والمثل ، كما أن هناك تأثير للمناخ وجغرافية المنطقة

51- الثقافـــــة الجنسيـــــــة

أن البلوغ ينقل الطفل إلى فترة المراهقة والتي يتطور فيها الفرد للوصول إلى البالغ بكل ما في ذلك من سلوك وشعور وقدرات على إقامة العلاقة الزوجية والإنجاب كما يحددها كل مجتمع بتقاليده

أن الثقافة الجنسية ضرورة من ضروريات الفرد في طفولته وشبابه وبقية مراحل العمر .

الوظيفة الجنسية في الإنسان أحد الوظائف الغريزية التي يجب أن يفهمها الفرد حتى يعرف ما هو الطبيعي والمقبول ويفرق بين ما هو الطبيعي وما هو

مرضي ، وما هي الحلول التي يجب أن يتبعها ، وعبر عقود مضت كان هناك دائماً تردد في طرح هذا الموضوع لدى كثير من الجهات العلمية والإعلامية والتربوية خوفاً أن تكون الثقافة الجنسية دعوة للإباحية ، وهذا الأمر غير مقبول علمياً والثقافة الجنسية والمعرفة الدقيقة في هذه الأمور تمنع الفرد من اللجوء إلى مصادر غير دقيقة للمعلومات ، فالطفل والمراهق يسمع كلام من الشارع أو من أشخاص ليس لهم خلفية علمية في هذا الصدد ، وبالتالي فأن معرفة الإنسان بالوظيفة الجنسية والغريزة وكيفية أدائها وما يؤثر عليها سلباً أو إيجاباً تصبح خاطئة ، مما يعرض الفرد إلى مشاكل كثيرة في الأداء الجنسي وفي تعامله مع هذا الموضوع من خلال الزواج ، والسؤال المطروح دائماً من هو المنوط به القيام بنشر الثقافة الجنسية ، فالقائمين على الثقافة الجنسية هم عدة : -

أولاً : العائلة : وخصوصاً في الخمس سنوات الأولى من العمر فالعائلة مضطرة على الإجابة على أسئلة الأطفال ، وقد تمتد هذه الأسئلة أيضاً بعد دخول المدرسة ، لإستكمال بعض المعلومات التي يأخذها الطفل من المدرسة ، والقاعدة في هذا الموضوع أن الطفل عادة ما يسأل سؤال بسيط ويجاب على قدر سؤاله ، وكل ستة شهور أو سنه يضيف سؤال أخر ، وبالتالي يأخذ المعلومة بشكل متدرج يتناسب مع عمره وليس هناك جرعة زائدة في المعلومات ، والطفل سيأخذ ما يستطيع فهمه ويترك الباقي .

ثانياً : المدرسة : يجب أن تكون مسؤولة بشكل رئيسي عن المعلومات في الثقافة الجنسية عبر المناهج المختلفة ولا بأس أن تكون مادة الثقافة الجنسية مكرره في أكثر من مرحله من مراحل الدراسة ، وبدرجات تتمشى مع عمر الطالب ، كما أن بعض المعلومات قد تأتي ضمن النشاطات اللامنهجيه في المدارس ، كما أن أطباء الصحة المدرسية يجب أن يتحملوا جزءاً من هذه المهمة ، ولكن المدرس الذي سيقوم بتدريس هذه المادة لابد أن يدرب على تدريسها من قبل خبراء .

ثالثاً: أجهزة الأعلام المرئية والمسموعة والمكتوبة: لابد أن تأخذ دوراً إيجابياً هاماً ولكن مع الأسف كانت ومازالت الكثير من المجلات الطبية والنشرات التي تصدر تعطي الموضوع بصورة مشوهة لا تقوم على أسس علمية صحيحة .

المراهقة والبلوغ يستعملان خطأً كتعبيرين مترادفين ، والواقع أنهما أمرين مختلفين ، فالبلوغ ينقل الطفل إلى بالغ من الناحية الفسيولوجية العضوية ، ولكن المراهقة تنقل الطفل إلى بالغ من الناحية النفسية والعاطفية و الإنفعالية و المسلكية

المراهقة تبدأ مع البلوغ وتنتهي في سن الثامنة عشرة وتقسم إلى مرحلتين أو ثلاثة ، وليس هناك ما يبرر النظر للمراهقة على أنها حالة مرضية أو فترة مشاكل ، بل إنها مرحلة مهمة في تطور الفرد ولا بد من إعطائها الإهتمام اللازم وفهم متغيراتها وتطوراتها

رابعاً : الكتب : هناك العديد من الكتب في هذا المجال وغالباً ما يخجل الفرد من شرائها أو إحتوائها لأنه سيكون موضع نقد أو قد يمنع من ذلك في مراحل حياته المبكرة .

خامساً: ثورة الإتصالات الحديثة : وما تحمله الشبكة العنكبوتية وما تحمله من إنفتاح على كافة المعلومات في كل مكان لابد أن تستغل في الأسلوب المناسب الصحيح لتدعيم الثقافة الجنسية .

لقد أنكرت الثقافة البشرية على مدى التاريخ دور المرأة في العلاقة الجنسية كشريك كامل الحقوق ، وله القدرة على الإستمتاع ، و أعتبرت الجنس نشاط ذكري يقوم به الذكر ويستمتع به ، بينما تؤديه المرأة كواجب

محتوى الثقافة الجنسية :

الثقافة الجنسية لابد أن تشتمل كل ما يتعلق بالجنس ومشاكله :

1. تركيب و وظائف (الأجهزة الجنسية عند الرجل والمرأة)
2. البلوغ و الإحتلام .
3. العادة السرية .
4. ممارسة الجنس.
5. الإمراض التناسلية .
6. إضطرابات الجنس .
7. الإنحرافات الجنسية .
8. تطور الجنس في مراحل العمر المختلفة .
9. الخصوبة والجنس .
10. المفاهيم الخاطئة .
11. غشاء البكارة .
12. حجم القضيب وطوله .
13. الإعتداء الجنسي والإساءة الجنسية .
14. السفاح .
15. الحدود الطبيعية للجنس .
16. التوقعات الجنسية .
17. الدعارة والأغراء .
18. الجنس خارج حدود الزواج .

19. كيفية التعامل مع المشاكل الجنسية ولمن يلجئ الإنسان فيها .

دور الأسرة :

لابد من أن تعلم الأسرة أن الطفل يبدأ لديه مشاعر خاصة فيه عن الناحية الجنسية في السنوات الأولى من عمره وقد يلاحظ بعض الإنتصاب في سن 18 شهر من عمره وتبدأ الأسئلة تظهر حسب تطور عمر الطفل :

- (سؤال : ماما من أي أتيت ، جواب : من بطني) 2- 3 سنوات .
- (سؤال : ماما لماذا لا يكون عند خالتو فلانة طفل) ، جواب : لأنها غير متزوجة 3-5 سنوات .
- (سؤال : ماما لماذا تنامي مع بابا في نفس الغرفة)، جواب : الأب والأم يناموا في نفس السرير 2 – 5 سنوات .
- سؤال : (هل ضروري أن تكون المرأة متزوجة حتى تنجب) ، الجواب : نعم 4 – 6 سنوات .
- (سؤال : ولماذا يجب أن تكون المرأة متزوجة حتى تنجب) ، جواب : لأن الله يخلق الطفل في البطن بوجود الزوج والزوجة معاً ولا يكفي أحدهم لأن ماما وبابا على شان يكون في بيبي 5-7 سنوات .
- (سؤال : لماذا أختلف عن أختي فهي ليس لديها حمامه ؟) جواب أنك ولد وهي بنت وربنا خلق الولد غير البنت 5-8 سنوات .
- (سؤال : ماما شاهدت أنا التلفزيون ورأيت أن رجل وامرأة بدون ملابس يقبلون بعض ما هذا ؟)الجواب " إنهم يعملون على إنجاب طفل) 6-8 سنوات .
- (سؤال : ماما عندما أذهب إلى المدرسة يتكلم الأولاد عن العادة السرية ، ما هي العادة السرية ؟) الجواب : العادة السرية تعني أن الولد والبنت عندما يشعر بتهيج جنسي فأنه يتخلص منه بلمس أعضاءه الجنسية 9-11 سنة .
- (سؤال ك ماما صاحبتي فلانة تقول أن جاءتها الدورة الشهرية ، ما هي الدورة الشهرية ؟) الجواب ماما كل شهر بنزل شوية دم من تحت بتحطي فوطه هذا شيء طبيعي وعادي وأنا بصير معي هيك وكل البنات و الستات 10-12 سنة .

إذا تساوت الظروف فإن الدافع الجنسي عند المرأة لا يقل عنه عند الرجل، مع أن هناك بعض الفروق فالمرأة أقل إثارة بالمثيرات البصرية، ولكنها أثارة بالمثيرات الصوتية، والكلامية والنفسية، وهذا يعني أن منظر الرجل العاري لا يثير المرأة، كما هو الحالفي إثارة الرغبة لدى الرجل عند رؤيته لجسم المرأة عارياً أو أجزاء منه، ولكنها قد تثار أكثر ببعض كلمات وهمسات فيها حب وغريزة وعواطف

- (سؤال : ماما هل أستحم أنا وآخي معاً ؟ الجواب لا البنات لوحدهم والأولاد لوحدهم) 7-12 سنة .
- (سؤال : لماذا يكبر صدري ؟ الجواب لأنك بنت بتكبري والصدر لازم حتى ترضعي الطفل إلي بتولديه بعد ما تتزوجي) 13 – 15 سنة .

هذه الأمثلة بسيطة لا بد من أخذها كنموذج للإجابات المتوقعة في كل سن .

العواقب الناتجة عن عدم وجود ثقافة جنسية :

أولاً : كثرة المعلومات والمفاهيم الخاطئة .

ثانياً : التهويل من أمر الجنس والزواج وليلة الدخلة .

ثالثاً : إزدياد الإضطرابات الجنسية المختلفة من صعوبة الإنتصاب إلى صعوبة القذف وسرعته والتشنج المهبلي وخلافه .

رابعاً : ضعف المعلومات الجنسية تجعل من بعض المواد الإباحية المختلفة مثل الأفلام والصور مصدر غير دقيق للمعلومات يؤدي إلى تعثر الحالة الجنسية بين الزوجين .

خامساً : ضعف المعلومات وتشويهها يحرض البعض على محاولة تجربة الجنس خارج إطار الزواج .

سادساً : ضعف المعومات الجنسية يجعل الأمر صعب في منع إنتشار الأمراض التناسلية أي التي تنقل عن طريق الجنس وخصوصاً الإيدز فكيف ستحدث الشاب عن محاذير الإيدز إذا لم يكن لديه المعلومات الجنسية الصحيحة .

سابعاً : تصبح الإباحية والدعارة هي مصدر المعلومات البديل تدريجياً .

52- المشاكـــــل الجنسيـــــة عنـــــد الرجـــــل

تدل الدراسات في كافة أنحاء العالم على أن ما يزيد عن 45% من الرجال يعانون من مشاكل في الوظائف الجنسية ، وخصوصاً سرعة القذف وضعف الإنتصاب ، وتزداد مشكلة ضعف الإنتصاب مع تقدم العمر وزيادة أعباء الحياة وحدوث الأمراض المختلفة ، وهذا يعني أن المشاكل النفسية في إنتشارها تفوق أي مشاكل أخرى يعاني منها الإنسان في صحته ، وتتشابك المشاكل الجنسية مع الإضطرابات النفسية والعضوية ومع هموم الحياة ومشاكلها ومع العلاقة الزوجية

أن الإثارة الجنسية عند الأنثى أكثر إرتباطاً بالعواطف والعلاقات القائمة من الرجل ، ويلاحظ أيضاً أن الدافع الجنسي عند المرأة يتأخر في الظهور وهو أقل إلحاحاً من الدافع عند الرجل

أن الدافع الجنسي عند الرجل يتنبه تلقائيا ودون الحاجة للمؤثرات الخارجية، بينما تحتاج المرأة للإثارة الخارجية أو الموضعية في أجزاء من جسمها

وأبعادها العاطفية والهموم المادية والعملية ، كما أن أمور خارجية تلعب دور مثل الحروب والأزمات والمشاكل العامة وتقلبات المناخ ، فالإنسان يختلف عن باقي الكائنات الحية بأن وظيفة الجنس لدية مرتبطة بالقشرة الدماغية ، وهي أعلى درجة من درجات التطور في الإنسان ، فلا يمكن أن يؤخذ الجنس بمعزل عن كافة هذه الأمور ، ويتوه الناس في كيفية التعامل مع هذه المشاكل ، ويغيب عن البال أن علم الجنس علم قائم بذاته وهو بالأساس يتبع العلوم النفسية وهذا لا يمنع أن بعض الحالات ناتجة عن إضطرابات عضوية ، والكثير من الناس يرغب أن تكون المشكلة عضوية على إعتبار أن حلها أسهل وهذه أحد الأخطاء الشائعة ، فالصحيح أن الإنسان الذي يصاب بإضطرابات جنسية نفسية له حظ كبير بالتحسّن وفرصة عالية بالشفاء ، إذ أن بعض الأمراض العضوية لا يكون لها علاج ، والأمراض العضوية التي قد تمنع الإنتصاب قد تكون ناتجة عن تأثر الجهاز العصبي أو الجهاز البولي أو الهرمونات والشرايين . أما بقية الأسباب فهي تتدرج في إطار الطب النفسي الذي يجب أن يتعامل مع باقي الحالات ، وقبل بضعة عقود كان الطب عاجز عن معالجة الكثير للناس الذي يعانون من هذه المشاكل ، ولكن الإكتشافات العلمية المتلاحقة والتطور الهائل في معرفة فسيولوجية الجنس وأسباب إضطراباته ، أدت إلى ظهور معالجات سلوكية ونفسية ودوائية وجراحية فعالة ، ومن أهم العلاجات الدوائية تلك الأدوية التي تعمل على ضخ الدم إلى العضو الذكري ، وبالتالي حدوث الإنتصاب القوي الذي يساعد على إتمام معاشرة جنسية ناجحة بكل المعايير ، وآخر هذه الإبتكارات هو علاج (سيالس).

أن الرجل تتحدد مواقع إثارته بشكل رئيسي بالأعضاء التناسلية ، بينما تتوسع هذه المواقع عند المرأة لتشمل مناطق أخرى كالفم والنهدين والحلمتين ، والعنق بامتداده إلى خلف الأذن ومنطقة وسط البطن وداخل الفخذين

53 – الجنـــس مـــع تقـــدّم الســـــن

من الملاحظ أن الرجل يقل نشاطه الجنسي مع كل عقد من الزمن ، بحيث يصبح هذا النشاط محدوداً بعد سن الستين خصوصاً إذا كان الرجل يعاني من أمراض مختلفة كالضغط والسكري وأمراض القلب وتصلب الشرايين ، أو كان لديه الكثير من الأعباء والمشاغل اليومية ، مما قد يؤدي ببعض الرجال لتجنب المعاشرة الجنسية حفاظاً على ماء الوجه ، فالرجل العربي يعتبر الفشل في

المعاشرة الزوجية أمر مشين ومخجل ، مما يؤدي بالبعض إلى تجنب هذا الأمر لفترات طويلة يفقد معها الثقة بحدوث جماع صحيح ، وغالباً ما يبدأ رحلة البحث عن ما يسمى المقويات الجنسية من مواد غذائية و هرمونات وغيرها من مواد لا طائل منها ، وقليلاً ما يفصح الرجل العربي عن هذه المشكلة للطبيب المعالج ، أو يتوجه إلى طبيب مختص لحل المشكلة ، وقد يأخذه الأمر سنوات طويلة من الخوف والمعاناة والترقب والتوقع حتى يكاد أن يتحول الجنس من غريزة ممتعة إلى رعب دائم ، هذا الرجل قد يكون محقاً بشعوره أن إنتصابه ضعيف ، وأنه منهك من الأعباء المختلفة التي يتحملها ولكن هذا لا يعني على الإطلاق أن الطريق قد سدت أمامه وأن ليس له مستقبل ، فإن الرجل بإمكانه أن يمارس الجنس إلى آخر أيام حياته دون أن يتوقف مع أن المعدل يقل ، وقد يحتاج للمساعدة في مراحل العمر المتقدمة في تحسين نوعية ودرجة الإنتصاب ومدته بحيث يستمر الإستمتاع بهذه العلاقة دون الدخول في الرعب .

التفكير في الجنس وتخيله وأحلام اليقظة يمكن أن تعطي إشارة الإنطلاق ، كما أن المؤثرات الخارجية كالصور والأحلام والموسيقى أو الرقص والغناء قد تلعب دوراً مباشراً أو غير مباشر في الإثارة

54- الضعـــــف في الإنتصـــاب هل هــو عضـــوي أم نفســـي

تأرجحت الدراسات عبر العقود الماضية بين إعتبار ضعف الإنتصاب في أكثر من 90% من حالاته ناتجاً عن سبب نفسي و 10% عن أسبابا عضوية ، وفي العقدين الماضيين زحفت الأسباب العضوية وخصوصاً مشاكل الدورة الدموية وعدم فعالية الصمامات في الأوردة المانعة لعودة الدم ، وأصبح الإعتبار يعطي لأكثر من ربع الحالات على أنها عضوية ، ولكن الخبرة السريرية اليومية تدل على أن الأسباب النفسية موجودة دائماً ، حتى بوجود الأسباب العضوية ، فمريض السكري مثلاً الذي يبدأ يشعر ببعض الضعف البسيط يراوده القلق ، وهذا القلق يؤدي إلى الفشل ولو لمرة واحة ، ولكن هذا الفشل يؤدي إلى قلق التوقع والترقب ، مما يجعل المريض يدخل في حلقة مفرغة ، وقد يصعب التفريق في مريض السكري مثلاً بين المدى الذي يلعبه السكري والمدى النفسي ، وفي حالات كثيرة في المرضى الذين يتناولوا علاجات لإرتفاع ضغط الدم الشرياني ، أو مضادات الإكتئاب والذين يعانوا من ضعف الإنتصاب ، قد يتبلور

الإنتصاب هو إندفاع الدم في الأوعية الدموية والنسيج الإسفنجي للقضيب ، مما يؤدي لامتلائها ومضاعفة حجم القضيب وتصلبه المؤقت

هذا الضعف ويصبح أكثر وضوحاً وشدة نتيجة للقلق الذي يرافق الفشل ولو لمرة واحدة ، وبذلك نجد أن القلق هو السمة المشتركة لضعف الإنتصاب سواء كان هذا الضعف ناشئاً عن مشاكل نفسية وإجتماعية وصعوبات عائلية وخلافات زوجية ، أو كان هذا القلق ناتج عن الأمراض العضوية والخوف من مضاعفاتها ، أو القلق الذي ينتج عن الفشل الذي ينتج صدفة ، ولكن الخوف من تكرار الفشل يؤدي إلى ضعف الإنتصاب مرة تلو الأخرى ، هذا يعني أن التفريق بين الجزء العضوي والنفسي هو ليس تفريقاً علمياً ولا عملياً ، وأن إجتماع الجانبين معاً أمر متوقع ، وبالتالي فإن حدوث إنتصاب وبشكل جيد وقوي يؤدي إلى زوال القلق والخوف من هذا الإنتصاب مما يجعل المريض مطمئناً ويزول قلقه ، وبالتالي قد يحتاج إلى أن يأخذ علاج لمده واحدة فتعود ثقته بنفسه وينتهي قلق التوقع ، أما إذا كان هناك سبباً عضوياً كالسكري أو مشاكل في الأوردة الدموية فقد يكون هذا العلاج ضروري لكل ممارسة .

أن معرفة الإنسان بالوظيفة الجنسية والغريزة وكيفية أدائها وما يؤثر عليها سلباً أو إيجاباً تصبح خاطئة ، مما يعرض الفرد إلى مشاكل كثيرة في الأداء الجنسي وفي تعامله مع هذا الموضوع من خلال الزواج ، والسؤال المطروح دائماً من هو المنوط به القيام بنشر الثقافة الجنسية

55- فـــــرط الحركـــــة عنـــــــد الأطفــــال

في القرن الماضي أبدى العديد من الأطباء الإنجليز والفرنسيين ملاحظاتهم حول الأطفال كثير الحركة وقليلي الإنتباه ، وتطورت هذه الملاحظات في القرن العشرين و إندفع أطباء الأطفال في الولايات المتحدة خصوصاً لوصف المنشطات العصبية لهؤلاء الأطفال وذلك في السبعينات والثمانينات ، وبقي تشخيص فرط الحركة في العالم محدوداً و يخضع لمعايير أكثر دقة ، و الأن فإن التقسيم الأمريكي الرابع والتقسيم العالمي العاشر للأمراض قد حدد تشخيص المرض بشكل واضح .

الأعراض :

تترافق أعراض زيادة الحركة مع الإندفاع وقلة الإنتباه .

1. **زيادة الحركة** : إن الزيادة في الحركة هي في الكم والنوع و يكون الطفل دائم الحركة في كل مكان وكل موقف بسبب وبدون سبب ، حتى أن إذا كان جالس أو نائم فإنه يحرك أطرافه دون هدف ودون توقف ، ولذلك فإن

2. الأطفال ذوي الحركة الزائدة في الشكل البسيط قد يكونوا غير منضبطين سلوكياً ، ولكن في الشكل الأشد فإنه واضح أن حركتهم لا علاقة لها بأساليب الضبط السلوكية المعروفة .

3. **الإندفاع :** ويقصد بها عدم الإكتراث للمخاطر والحدود و الممنوعات ، ويترافق هذا الإندفاع مع الحركة الزائدة ، ويكون واضح بأن الطفل لا يفكر ولا يكترث للعواقب وليس لديه الوقت لذلك .

4. **عدم الإنتباه :** عدم قدرة الطفل على مواصلة التركيز والإنتباه على مشاهدة التلفزيون أو ألعابه ، و الإستقرار في الصف و متابعة المدرسة وغيرها من المهام التي تتطلب إستمرار الإنتباه لفترة دقائق .

من الممكن أن تكون هذه المظاهر مترافقة مع الإعاقة العقلية بدرجاتها المختلفة ، ولكن في الحالات المقصودة في هذا السياق فإن الذكاء في الحدود الطبيعية ، كما أن الكثير من الأطفال تظهر عليهم الأعراض في أماكن ومواقف معينة ولا تظهر في أخرى ، مثل أن يكون الطفل هادئ ومتعاون في المدرسة ولكنه كثير الحركة وقليل الإنتباه في البيت ، أو أن يكون هادئ بوجود الأب وكثير الحركة بغيابه ، ولا بد من الأخذ بعين الإعتبار أن تقييم المدرسة والوالدين قد لا يكون موضوعياً دائماً وقد يكون له علاقة بقدرتهم على تحمل الطفل ، وعلى الظروف النفسية التي يمر بها من يرعى الطفل ، و قد أستعرضت التعريفات الدقيقة للمرض وجود الحركة في كل المواقف ولو بدرجات متفاوتة ، وقد صممت الكثير من الإستبيانات التي يمكن إستعمالها من قبل الأهل أو المدرسين لقياس درجة الحركة و الإنتباه ، بأسلوب أكثر موضوعية وقد تحدث الحركة الزائدة في أمراض أخرى مثل التوحد و الإكتئاب والزهو و الفصام .

وقد لوحظ أن هناك بعض الأطفال الذين يفتقدون للتركيز و الإنتباه دون وجود حركة زائدة ويشكل هؤلاء الأطفال 1 % من طلاب المدارس الإبتدائية وغالباً ما يكونوا على درجة أقل من الذكاء ومن بيئة إجتماعية إقتصادية متدنية . وهناك علاقة واضحة بين فرط الحركة وإضطرابات السلوك والإضطرابات العاطفية عند الأطفال .

لا بأس أن تكون مادة الثقافة الجنسية مكرره في أكثر من مرحله من مراحل الدراسة ، وبدرجات تتمشى مع عمر الطالب ، كما أن بعض المعلومات قد تأتي ضمن النشاطات اللامنهجيه في المدارس ، كما أن أطباء الصحة المدرسية يجب أن يتحملوا جزءاً من هذه المهمة

الإنتشار

تدل الدراسات على أن فرط الحركة ينتشر بي أطفال المدارس بنسبة تتراوح بين 3 – 5 % ، وترتفع إلى ثلاث أضعاف في الولايات المتحدة وتنخفض إلى 1% في بريطانيا ، وهي أكثر في المدن من القرى ، وخمسة أضعاف بين الذكور عن الإناث .

الأسباب

الأسباب متشعبة و مختلطة بين أسباب وراثية و أسباب في تطور الجهاز العصبي وتركيبه وكيماويه ونشاطه الكهربائي ، بالإضافة لإصابات الدماغ البسيطة والشديدة والتعرض لعوامل البيئة المختلفة والصعوبات التربوية والأسرية والإجتماعية .

مراحل العمر المختلفة

قد يتفاوت نشاط وحركة الإنسان في الفترات المختلفة من عمره فقبل الثلاث سنوات قد لا تدل حركة الطفل على ما يليها ، ولكن على عمر ثلاث سنوات قد تكون الحركة الزائدة المؤشر الأول المهم ، وخلال المدرسة وفترة المراهقة ، وقد تختلط الحركة الزائدة مع الإضطرابات السلوكية ، وبعد البلوغ غالباً ما تنتهي المشكلة و يصبح كثير الحركة ناضج وبلا مشاكل ولكن نسبة قليلة يكونوا ذوي شخصيات مضطربة وقد تتسم شخصياتهم بعدم الإستقرار العاطفي والحركي .

العلاج

إن معالجة الحركة الزائدة ضرورية حتى لا تعيق تطور الطفل العقلي والعاطفي والسلوكي ، وهذه المعالجة تشمل :

1. المعالجة السلوكية بالثواب والعقاب .
2. المعالجة الدوائية : المنشطات وبعض مضادات الذهان ومضادات الصرع والأدوية الحديثة .
3. معالجة المشاكل المرافقة .
4. تشجيع التعليم الخاص في الحالات الشديدة (صفوف التربية الخاصة).
5. المعالجة العائلية .

المبادئ الأساسية للنظام الدراسي الصحيح حتى يستعين بها الطالب والأسرة والمدرسة وهذا النظام له معايير أساسية

56- عمالــــة الأطفـــــال فـــــي الأردن

يعتبر الأردن من المجتمعات الشابة إذ يشكل الأطفال تحت سن الخامسة عشرة ما يعادل 52% من مجموع السكان والبالغ 4.8 مليون نسمة حسب إحصاءات عام 1998 ، وبالرغم من الجهود الرسمية والشعبية المتواصلة لحماية هذا القطاع إلا أن العنف بكافة أشكاله المادية والمعنوية ضدهم يزداد على نحو مضطرد ومقلق . ولقد نبه جلالة المغفور له الملك الحسين المعظم في خطاب العرش لإفتتاح البرلمان الثالث عشر إلى هذه الظاهرة حين قال : (أما قطاع الطفولة فالبرغم من كل الجهود المباركة التي بذلت لتحسين وتطوير أحواله فما زالت هنالك ممارسات سلبية وضارة ومخزية ينبغي علينا جميعاً التصدي لها ، بفاعلية وإصرار ، والطفل هو الآخر لا يزال ضحية أشكال متعددة من العنف سواء في العائلة أو في المجتمع فهو الأولى بحجة التأديب وهو في الثانية ضحية بسبب التشرد والإستغلال) .

لقد صادق الأردن على إتفاقية حقوق الطفل الدولية عام 1991 وهي الإتفاقية الأولى في مجال حقوق الإنسان حيث تنص على توفير حماية قانونية لحقوق الطفل ومراعاة حقوقه السياسية في البقاء ، النماء ، الحماية ، والمشاركة ، و تنص المادة 22 على (حق الحماية من الإستغلال بكافة أشكاله ، والأعمال التي تعرض صحة الطفل وحياته للخطر أو تعيق نموه الإجتماعي أو البدني بالإضافة إلى حماية الطفل من الإستخدام في الأعمال غير المشروعة).

أما قانون العمل الأردني فقد منع إستخدام الأحداث دون السادسة عشرة إلا فيما يتعلق بالتدريب المهني ، كما وضع قيود على إستخدام الأحداث دون السابعة عشرة بأن لا يعملوا في الأعمال الخطرة أو المرهقة أو المضرة بالصحة وتحدد هذه الأعمال بقرارات يصدرها الوزير ، بحيث لا يعمل الحدث أكثر من ست ساعات ، ولا يعمل في الليل ولا العطل والأعياد الرسمية ، وكما وضع القانون شروطاً على المؤسسة التي تنوي تشغيل أحداث ونص على عقوبات للمؤسسات المخالفة .

الدراسة اليومية المنظمة و إستراحة يوم واحد في الأسبوع ، ويتم تحضير المادة ودراستها بعد الشرح ثم المراجعة .
ممارسة الرياضة والهوايات و الإلتزام بالعلاقات الإجتماعية بما لا يتعارض مع برامج الدراسة

وأما حجم المشكلة على المستوى العربي فهو كبير وتحتل الأردن موقع متوسط بين الدول العربية رغم أن الإحصاءات غير دقيقة . يقدر عدد الأطفال العرب الذين يعملوا بحوالي عشرة ملايين ، ستة ملايين من الذكور وأربعة ملايين من الإناث ، وفي الأردن فالرقم الرسمي لا يزيد عن ثلاثة آلاف طفل .

وتقلو اليونسيف في تقريرها عن الأطفال لعام 1997 (إن عمل الأطفال الخطر هو إنتهاك لكل الحقوق الإنسانية) ، وتقول تقارير اليونسيف أن هناك أربع أخطاء في مفهوم عمالة الأطفال :

الأول : أن هذه مشكلة الدول النامية فقط وهذا غير صحيح .

الثاني : أن عمالة الأطفال لن تنتهي إلا بإنتهاء الفقر وهذا غير صحيح .

الثالث : أن عمالة الأطفال في صناعات تحتاجها الدول المتقدمة وحقيقة أن عمل الأطفال في صناعات تصديرية لا يزيد عن 5% والباقي هو في البيع بالشوارع والزراعة والخدمة في المنازل .

الرابع : إن الطريقة الوحيدة لمنع تشغيل الأطفال تكمن في أن تقاطع المؤسسات عمل الأطفال وتتبنى الحكومات هذه السياسة . والأصح هو أن يكون هناك إستراتيجية وطنية في كل بلد تقدم التعليم والرعاية الكاملة للأطفال ، بحيث لا يصلوا لسوق العمل .

عدم الإكثار من المنبهات كالقهوة والشاي وعدم التدخين ، وعدم تناول أي عقاقير دون إستشارة طبيب

وبناءً على ذلك يمكن إعتبار عمل الأطفال ضار في الأحوال التالية :

1. العمل لساعات طويلة في عمر مبكر .
2. الأعمال التي تشمل ضغوطات نفسية وإجتماعية وجسدية .
3. العمل والعيش في الشوارع .
4. المسؤولية الكبيرة مقابل أجور شحيحة .
5. التوقف عن التعليم .
6. الأعمال التي فيها إنتهاك لكرامة الطفل وتحطيم لنظرته لذاته والعبودية والإستغلال الجنسي .
7. العمل الذي يعيق التطور النفسي و الإجتماعي .

ويمكن القول أن عمل الأطفال له آثار سلبية عديدة منها :

1. التأثير على النمو والصحة العامة والقوة والإبصار والسمع .
2. التأثير على التطور العقلي ، بوجود الأمية وعدم الحصول على أي مصادر للثقافة .
3. التأثير على التطور العاطفي والحرمان من الحب والحنان والقبول .
4. إختلال التطور الأخلاقي و الإجتماعي والديني .
5. لا يكون الإنتماء للمجموعة والأقران والوطن في المسار الصحيح .

وتشير الأرقام الصادرة عن منظمة العمل الدولية أن حوالي 250 مليون طفل في العالم يعملوا ، وفي كل يوم ينضم لهذه المجموعة 80 ألف طفل جديد ، وأن هناك 650 مليون طفل يعيشوا في فقر شديد ، وأن ربع أطفال العالم بين 6-11 سنة لم يدخلوا مدارس أبداً ، ومعظم هؤلاء في الدول النامية وثلثيهم من الإناث ، وهناك مليون طفل في آسيا ومليون في باقي أنحاء العالم يدفع بهم إلى سوق الجنس كل عام ، وسيكلف العالم 7 مليار دول في السنة ليحصل كل الأطفال على التعليم في العام 2010 ، علماً أن الإنفاق العسكري لعام 1998 كان 780 مليار دولار ، كما أن هناك 250 ألف طفل يخدموا في الجيوش الآن ، ويقتل في كل شهر 800 طفل من الألغام التي خلفتها الحروب .

وتشير تقارير الأمم المتحدة أن هناك سبعة أشكال لعمالة الأطفال :

1. الأعمال المنزلية .
2. التشغيل القهري والإجباري .
3. العمل في الجنس (دعارة الأطفال) .
4. العمل في الصناعة .
5. العمل مع العائلة .
6. العمل في الزراعة .

ومتابعة التقارير العربية والمحلية والعالمية تجعل من الضروري التحرك لإنهاء هذه الظاهرة ، ولا بد من الأخذ بالنقاط التالية للقضاء على عمالة الأطفال :

1. إلغاء عمالة الأطفال الخطرة والمؤذية فوراً .

خلال الدراسة يكون التركيز على المادة فقط وإنهائها في الوقت المتاح وعدم التفكير في ما يكمن أن تكون النتيجة وما سبق دراسته أو ما يجب دراسته وعدم الإكتراث بما يدرسه الآخرون من زملاء وزميلات

2. إلزامية ومجانية التعليم .
3. حماية الطفل قانونياً .
4. تسجيل المواليد لتمكين الدول من متابعة الأطفال .
5. جمع المعلومات والإحصاءات والبيانات في كل الدول .
6. وضع ميثاق شرف للعمل يحرم إستخدام الأطفال و إنتهاك حقوقهم .
7. العمل في الشوارع .

وعلى الصعيد الأردني ، فإن الوقت قد حان لوضع قانون حماية الطفل ، وتطبيق إلزامية التعليم ، ومراقبة المؤسسات والشركات والمصانع ، ومنع الأطفال من التسرب إلى الشارع للتسول والتشرد والعمل المهين ، وأن يكون هناك مؤسسات تعنى مباشرة بتنفيذ إستراتيجية وطنية للطفولة .

النوم بين 6-8 ساعات ليلاً وضمن ساعات النوم المعتادة أما نوم النهار فإذا كان الطالب معتاد عليه فيكون منتظم و لا يتجاوز الساعة

57- النظـــــام الدراســـــــي

في كل عام وفي أسبوع إنطلاق العام الدراسي تكثر الأحاديث عن المدرسة والبيت و المواصلات والمناهج ويغيب عن هذا الكلام في الموضوع الأساسي وهو الدراسة ، كيف يدرس الطالب وما هو الأسلوب الصحيح ؟ وهل هناك نظام دراسي صحيح و أخر خاطئ ؟ هناك جمل وعبارات غير مفهومة تقال مثل (بدنا تشد حيلك) و (لازم ترفع معدلك) هذه أهداف دون وسائل ، ومتى تظهر المشاكل في نهاية العام الدراسي عندما يتعثر الطالب أو تنخفض معدلاته أو يرفض حتى الوصول للإمتحان ، وعندنا تبدأ الإرشادات تنهال على هذا الطالب ، أسلوبك خطأ ، لابد أن تعدل أو تغير ، وقد فات الأوان ، ولذل رأيت أن أضع المبادئ الأساسية للنظام الدراسي الصحيح حتى يستعين بها الطالب والأسرة والمدرسة وهذا النظام له معايير أساسية :

- الدراسة اليومية المنظمة و إستراحة يوم واحد في الأسبوع ، ويتم تحضير المادة ودراستها بعد الشرح ثم المراجعة .
- ممارسة الرياضة والهوايات و الإلتزام بالعلاقات الإجتماعية بما لا يتعارض مع برامج الدراسة .

- عدم الإكثار من المنبهات كالقهوة والشاي وعدم التدخين ، وعدم تناول أي عقاقير دون إستشارة طبيب .
- خلال الدراسة يكون التركيز على المادة فقط وإنهائها في الوقت المتاح وعدم التفكير في ما يكمن أن تكون النتيجة وما سبق دراسته أو ما يجب دراســته وعدم الإكتراث بما يدرسه الآخرون من زملاء وزميلات .
- النوم بين 6-8 ساعات ليلاً وضمن ساعات النوم المعتــادة أمـا نــوم النهار فإذا كان الطالب معتاد عليه فيكون منتظم و لا يتجاوز الساعة .
- تكون الدراسة على شكل جولات دراسية كل جولــة مــدتها ســاعتين يتخللها استراحة عشرة دقائق ، و أما بين الجولة والتالية فالإستراحة ساعة ، وفي فترة الظهيرة تكون الإستراحة ساعتين تشمل الغداء والقيلولة ، وتعدل الجــولات الدراسية حسب الدوام وحسب متطلبات الحياة الأخرى .

والطالب الذي يتبع هذا النظام سوف يكون تحصيله متناسب وإمكاناتــه دون توتر أو قلق أو فشل أن شاء الله .

تكون الدراسة على شكل جولات دراسية كل جولة مدتها ساعتين يتخللها استراحة عشرة دقائق ، و أما بين الجولة والتالية فالإستراحة ساعة ، وفي فترة الظهيرة تكون الإستراحة ساعتين تشمل الغداء والقيلولة ، وتعدل الجولات الدراسية حسب الدوام وحسب متطلبات الحياة الأخرى

58- سيكولوجيــــــة الإعاقـــــة

يتزوج الإنسان وينجب وأمله دائماً في الطفل السليم المعافى الخالي من العيوب ، ولكن سنة الحياة إقتضت أن هناك إعاقات مختلفة قد يخلق فيها الإنسان أو يكتسبها لاحقاً خلال سنوات حياته . و يمكن فهم سيكولوجية الإعاقة على عدة مستويات :

1. **مستوى الفرد المعاق :** والذي يمكن أن يقبل إعاقته ، وتكون دافع لــه لمزيد من الجهد والإجتهاد والعطاء ، ويكون قادر على تحدي الصعوبات وتحقيق الذات ، خصوصاً في الإعاقات الحركية والبصرية والسمعية ، وقد يصعب تطبيق هذا على الإعاقات العقلية و مصدر قوة الفرد المعاق هو من ردود فعل من حوله من أسرة ومجتمع ورفاق في الإعاقة ، والمعاق الذي تكون نظرته سلبية لذاتــه ، فإنه قد يعجز عن إنجاز أي شئ ويبقى حبيس إعاقته ، وبدل أن تكــون الإعاقــة لوظيفة أو جزء واحد من جسمه تصبح معيقة لكل حياته .

2. **مستوى الأســـرة** : لاشك أن ولادة طفل معاق ، أو إصابة أحد الأطفال بإعاقة يكون بمثابة صدمة نفسية للعائلة ، فمن العائلات مـــن تتكـــر وتســـتنكر ، وتغضب وقد تفرغ هذا الغضب في الطفل المعاق نفسه ، وقد تغدق عليه بالـــدلال الغير مبرر وتعفيه من كل وظيفة بدافع الشفقة ، و تمنعه من التكيـــف والتـــأقلم ، وتؤثر على نظرته لنفسه ، وعلى العكس تماما ً فمن الممكن أن تلعـــب الأســـرة دوراً إيجابياً في فهم الإعاقة وتقبلها ، والتكيف معها . وتشجع المعـــاق علـــى أن يمارس دوره بالحياة بفعالية وحيوية ومشاركة بقدر ما تسمح به إعاقته .

3. **مستوى المجتمع المحيط** : كثيراً ما يتم التقبل من الأســـرة القريبـــة ، ولكن هناك الأسرة الممتدة والعشيرة والحي ، والمدرسة ، والنادي وغيرها مـــن مرافق المجتمع المحلي ، التي كثيراً ما لا تعير المعاق الإهتمام ، وتنظـــر إليـــه بالوصمة والحذر ، وقد تتجنب التعامل معه . وهناك من يطالب بعزل المعـــاقين عن باقي الناس ، وهذه النظرة السلبية تؤثر على الأسرة والفرد ، ولا بد أن يكون هناك درجة أكبر من الإهتمام في تصحيح النظرة والتعامل مع المعاقين .

الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية العربية: العدد 37

إصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية

الكتاب العربي للعلوم النفسية
اصدارات محكمة في علوم النفس
37
2015

أحدوثة مدرسة عربية في علوم النفس

أ.د. وليــــــد سرحــــــان



الاختصاص: الطب النفسي

الشهادة: بكالوريوس طب وجراحه عام 1979
عضو الكلية الملكية البريطانية عام 1985
البورد الأردني عام 1985
زميل الكلية الملكية البريطانية عام 1996

الإهتمامات العلمية:

- علاقة الطب النفسي بفروع الطب الأخرى
- التوعية النفسية - الإكتئاب

الوظائف والمسؤوليات:

- مؤسس مستشفى الرشيد للطب النفسي التعليمي عمان - الأردن.
- إستشاري في الطب النفسي - عيادة خاصة - عمان
- نائب رئيس تحرير المجلة العربية للطب النفسي.

المؤلفــــات:

- سلسلة سلوكيات من ستة كتب.
- أحاديث في السلوك الإنساني.
- الفصام. -الإكتئاب. -القلق.
- مشاكل الناس. -محاضرات نفسية.
- عدة بحوث منشورة في المجلة العربية للطب النفسي.

النشاط العلمي:

- محاضر في برامج التعليم الطبي المستمر في الأردن، ودول المنطقة.
- تنظيم العديد من المؤتمرات والندوات وورش العمل.
- المشاركة في تأسيس البورد العربي.
- تقديم العديد من الأوراق العلمية في المؤتمرات المحلية والإقليمية والعربية